

Cadre réservé à l'administration :

Date dépôt / réception du dossier : __ / __ / __

Cachet de la Mairie :



LACROIX-FALGARDE

Groupe scolaire du Cossignol
Chemin de Falgarde
31120 LACROIX-FALGARDE

FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS ELEVE

Coller la
PHOTO
SVP

Année scolaire :

Classe :

ELEVE

Nom : Prénom(s) : / /

Né(e) le __ / __ / __ à Département :

Adresse de l'enfant :

Code postal : Commune :

Prénom et âge des frères, sœurs, enfants scolarisés dans le groupe scolaire :

RESPONSABLES LEGAUX

RESPONSABLE LEGAL 1

Nom de jeune fille :

Nom marital :

Prénom :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Tél. domicile :

Portable :

Tél. travail :

Mail :

Autorité parentale : OUI NON

RESPONSABLE LEGAL 2

Nom de jeune fille :

Nom marital :

Prénom :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Tél. domicile :

Portable :

Tél. travail :

Mail :

Autorité parentale : OUI NON

Si vous êtes séparés ou divorcés, indiquer qui a la garde de l'enfant (joindre l'ordonnance du TGI) :

PERE

MERE

GARDE ALTERNEE

Personne AUTRE QUE LES PARENTS à prévenir en cas d'urgence / autorisée à venir chercher l'enfant

	Nom, Prénom	Lien avec l'enfant	N° de téléphone (OBLIGATOIRE)	Autorisé à venir chercher mon enfant	A appeler en cas d'urgence si les parents ne sont pas joignables
1					
2					
3					
4					
5					

AUTRE RESPONSABLE LEGAL

Responsable légal autre que le responsable légal 1 ou 2 (personne physique ou morale)

Organisme :	Tél. domicile :
Fonction :	Portable :
Lien avec l'enfant :	Tél. travail :
Adresse (si différente de celle de l'enfant) :	Autorité parentale : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

INSCRIPTION AUX DIFFERENTS SERVICES MUNICIPAUX

MERCRI de **COCHER** les jours de fréquentation pour les différents services.

	CANTINE	TAP*	Garderie**		Ramassage scolaire	
			Matin	Soir	Matin	Soir
LUNDI						
MARDI						
MERCREDI			Matin	Midi	Matin	Midi
JEUDI						
VENDREDI						

* TAP = Temps d'activités périscolaires : 15h45-16h45.

** Garderie matin : 07h30-08h50 / garderie soir : 16h45-18h30 / garderie mercredi midi : 12h00-12h20.

FICHE MEDICALE

✓ Médecin traitant.

Nom : / N° de téléphone :

✓ Projet d'Accueil Individualisé (PAI).

• Votre enfant est-il concerné par un PAI (*) ? OUI (validé) OUI (en cours de validation) NON

• Si oui, précisez la nature du PAI :

✓ Régime alimentaire.

Votre enfant est-il soumis à un régime alimentaire particulier (*) ? OUI NON

Si oui, lequel :

✓ Traitement(s) (*). OUI NON

Si oui, précisez :

✓ Votre enfant porte-t-il des lunettes (*) ? OUI NON

Si oui, doit-il les conserver pendant les activités sportives et récréatives (*) : OUI NON

(*) cocher la bonne case

En cas d'accident ou d'urgence médicale, je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant AUTORISE les responsables de l'enfant (enseignants, responsables des services cantine, TAP et garderie) à appeler le SAMU et à prendre, le cas échéant, toutes mesures d'urgence nécessaires (traitement médical, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de santé dudit enfant. La famille sera immédiatement informée.

ATTESTATION

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant

- confirme la présente demande d'inscription, ainsi que l'exactitude des renseignements inscrits,
- m'engage à signaler dans les plus brefs délais, tout changement dans les renseignements portés sur la fiche,
- atteste également avoir pris connaissance des modalités du règlement en vigueur et notamment de mes obligations en matière d'information de la mairie sur toute modification, en acceptant les termes et m'engage à strictement m'y conformer.

Porter la mention « lu et approuvé »

Date : __ / __ / __

Signature(s) :