

**FICHE D'INSCRIPTION**  
**Année scolaire 2024-2025**

**ECOLE** : .....

**Classe à la rentrée de septembre (niveau)** : .....

**Enfant (un formulaire à remplir par enfant)**

NOM : ..... Prénom : ..... Sexe : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

L'enfant réside :  chez les parents  chez le père  chez la mère  chez ses tuteurs

**Responsables légaux**

Situation familiale des parents :  mariés  pacsés  vie maritale  divorcés  séparés  veuf

**Père** autorité parentale  Oui  Non

Nom : .....

Prénom : .....

Profession : .....

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

.....

.....

Tél. domicile : .....

Tél. portable : .....

Tél. professionnel : .....

Courriel : .....

**Mère** autorité parentale  Oui  Non

Nom de famille : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Profession : .....

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

.....

Tél. domicile : .....

Tél. portable : .....

Tél. professionnel : .....

Courriel : .....

**Frères et sœurs scolarisés dans le même établissement**

NOM	Prénom	Date de naissance	Classe

## Accueils périscolaires

**Restaurant scolaire** :  oui  non

Tous les jours

Régulièrement (préciser le(s) jour(s))  Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

Occasionnellement (préciser) .....

**Garderie scolaire (7h30 à 8h50 et 16h30 à 19h)** :  oui  non

**Nom du payeur des factures** : .....

**Numéro d'allocataire CAF ou MSA** : .....

## Personnes à contacter en cas d'urgence et / ou autorisées à récupérer l'enfant (autres que les parents)

	Personne 1	Personne 2	Personne 3
Nom et prénom			
Lien avec l'enfant			
Tél domicile			
Tél portable			

## Renseignements médicaux

Nom du médecin traitant ..... Téléphone .....

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc.

Précisez .....

Votre enfant suit-il un traitement ? Si oui, lequel : .....

Votre enfant présente-t-il des problèmes de santé (allergie, maladie, accident, crises convulsives, opération, etc.)

Si oui, préciser : .....

En cas de Projet d'Accueil Individualisé, le fournir dès la rentrée.

Je soussigné(e), .....

(Nom et prénom),

- certifie l'exactitude des renseignements complétés par mes soins dans ce dossier et m'engage à signaler toute modification, notamment changement d'adresse ou téléphone.
- déclare que mon enfant est en bonne santé, a subi les vaccinations réglementaires et peut s'adapter à la vie en collectivité,
- autorise que des mesures d'urgence soient prises sur avis médical, en cas d'accident, y compris éventuellement l'hospitalisation,
- autorise mon enfant à être photographié dans le cadre des activités scolaires et périscolaires, et à diffuser ces photos sur les supports de communication de la Marie et de l'école

Date et signature