

DOCUMENTS A FOURNIR POUR UNE INSCRIPTION SCOLAIRE

À L'école Albert UDERZO

- Fiche de renseignements complétée
- Copie du livret de famille
- Copie des pages de vaccinations du carnet de santé
- Attestation d'assurance scolaire
- Certificat de radiation (dans le cadre d'un changement de domicile)



ECOLE Albert UDERZO



Académie Orléans-Tours

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : _____ Classe : _____

ELEVE

NOM : _____ Prénoms : _____ Sexe : M F

Née le : __/__/__ Lieu de naissance (commune et département) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

RESPONSABLES LEGAUX

PARENT 1 : Nom de jeune fille : _____ **Autorité parentale :** Oui Non

NOM marital (nom d'usage) : _____ Prénom : _____

Profession : _____ Situation familiale (2) : _____

Employeur et adresse : _____

Téléphone travail : _____ Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____ Courriel : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

(2) Célibataire – Marié(e) – Veuf(ve) – Divorcé(e) – Séparé(e) – Concubin(e) – Pacsé(e)

PARENT 2 : Nom de jeune fille : _____ **Autorité parentale :** Oui Non

NOM marital (nom d'usage) : _____ Prénom : _____

Profession : _____ Situation familiale (2) : _____

Employeur et adresse : _____

Téléphone travail : _____ Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____ Courriel : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____
(2) Célibataire – Marié(e) – Veuf(ve) – Divorcé(e) – Séparé(e) – Concubin(e) – Pacsé(e)

AUTRE RSPONSABLE :

Autorité parentale : Oui Non

Organisme : _____ Lien avec l'enfant : _____
Adresse : _____ Fixe : _____ Mobile : _____

Code postal : _____ Commune : _____

PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE

NOM : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone Travail : _____ Téléphone. Port : _____

NOM : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone Travail : _____ Téléphone. Port : _____

NOM : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone Travail : _____ Téléphone. Port : _____

CAF	MEDECIN TRAITANT
N° Allocataire : _____	NOM : _____ Tél : _____
Adresse CAF : _____	Code Postal : _____ Commune : _____
Code Postal : _____	Problème de santé connu : _____
Commune : _____	

ASSURANCE DE L'ENFANT**SECURITE SOCIALE**Responsabilité civile : Oui Non

N° Sécurité sociale : _____

Individuelle Accident : Oui Non

Adresse CPAM : _____

Compagnie d'assurance : _____

Code Postal : _____

Numéro de police d'assurance : _____

Commune : _____

AUTORISATIONS J'autorise tout médecin responsable, à faire pratiquer le cas échéant, toute intervention chirurgicale et à prescrire en cas d'urgence tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant. J'autorise la communication de mon adresse aux associations de parents d'élèves J'autorise que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolairesSignature du responsable 1 :Signature du responsable 2 :Autre responsable légal :