



FICHE DE RENSEIGNEMENTS/INSCRIPTION

Année scolaire : 2023 - 2024

Classe :

ÉLÈVE

NOM : Prénoms : Sexe : M F

Née le : Lieu de naissance (commune et département) :

Adresse :

Code postal : Commune :

RESPONSABLES LÉGAUX

PARENT 1 :

Nom de naissance : Autorité parentale : Oui Non

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 naissance : Autorité parentale : Oui Non

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 RESPONSABLE

Nom de naissance : **Autorité parentale** : Oui Non
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)

**PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU
AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE**

NOM : Prénom
Lien avec l'enfant Autorisé(e) à prendre l'enfant
À appeler en cas d'urgence
Adresse :
.....
Code Postal : Commune :
Téléphone domicile : Téléphone Travail :
Téléphone. Port :
NOM : Prénom
Lien avec l'enfant Autorisé(e) à prendre l'enfant
À appeler en cas d'urgence
Adresse :
.....

Code Postal : Commune :

Téléphone domicile : Téléphone Travail :

Téléphone. Port :

NOM : Prénom

Lien avec l'enfant Autorisé(e) à prendre l'enfant
À appeler en cas d'urgence

Adresse :

Code Postal : Commune :

Téléphone domicile : Téléphone Travail :

Téléphone. Port :

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

ASSURANCE DE L'ENFANT	SÉCURITÉ SOCIALE
Responsabilité civile : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	N° Sécurité sociale :
Individuelle Accident : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	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 scolaires

Signature du responsable 1 :

Signature du responsable 2 :

Autre responsable légal :

Liste des pièces à fournir :



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