

Classe : \_\_\_\_\_

### L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Masculin  Féminin

Né(e) le : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_

École fréquentée en 2023/2024 : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Rentrée prévue le 2 septembre 2024  Si non, à quelle date : \_\_\_\_\_

### REPRÉSENTANTS LÉGAUX

	PARENT 1 (père, mère, tuteur)	PARENT 2 (père, mère, tuteur)
NOM Prénom		
Nom d'usage (marital)		
Adresse (rue, CP, ville)		
Vous emménagez prochainement sur la commune ? Date d'arrivée :	Adresse bartholoméenne :	Adresse bartholoméenne :
Téléphone		
Mail (obligatoire)		
Employeur		
Téléphone professionnel		

### Situation familiale :

Marié(e)  Union libre  Divorcé(e)/séparé(e)  Célibataire  Pacsé(e)  Veuf(ve)

Allocataire CAF  MSA  N° allocataire : \_\_\_\_\_ Quotient familial : \_\_\_\_\_

### EN CAS DE SÉPARATION (fournir une copie du jugement)

Jugement :  Oui  Non

Résidence principale de l'enfant :  chez le parent 1  chez le parent 2  Résidence alternée

Facturation :  parent 1  parent 2  partagée 50/50

### Si l'enfant est accueilli dans une STRUCTURE SPÉCIALISÉE

Nom de la structure : \_\_\_\_\_

Adresse de facturation : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone et e-mail de la personne à contacter en cas de besoin : \_\_\_\_\_

# FRÈRE(S) ET/OU SŒUR(S) DE L'ENFANT

	Frère / Sœur 1	Frère / Sœur 2	Frère / Sœur 3
Nom Prénom			
Date de naissance			
École			
Classe fréquentée en 2023/2024			

## CONTACTS UTILES

NOM Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone	Autorisé(e) à venir chercher l'enfant		À contacter en cas d'urgence	
			OUI	NON	OUI	NON

## RENSEIGNEMENTS DIVERS

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Vaccins obligatoires à jour : oui  non

PAI (Projet d'Accueil Individualisé, mis en place avec le directeur d'école) : oui  non

Allergies alimentaires : oui  non  Précisez : \_\_\_\_\_

Asthme : oui  non  Allergies médicamenteuses : oui  non  Précisez : \_\_\_\_\_

Régime alimentaire : sans restriction  sans porc  sans viande

## ASSURANCE DE L'ENFANT (obligatoire pour les activités péri-scolaires)

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_ N° de police d'assurance : \_\_\_\_\_

Adresse et téléphone de l'assurance : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ (Nom, Prénom) agissant en qualité de père, mère, tuteur (rayer les mentions inutiles), certifie sur l'honneur que les renseignements fournis sur cette fiche sont exacts et m'engage à signaler tout changement.

**Signature :**

### Partie réservée à l'administration

Date de dépôt du dossier :

Pièces manquantes à préciser :