

Classe : _____

L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ Masculin Féminin

Né(e) le : _____ À : _____

École fréquentée en 2022/2023 : _____ Ville : _____ Classe : _____

Rentrée prévue le 1^{er} septembre 2023 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 et une attestation d'autorisation
d'inscription scolaire signée du 2^e parent)Jugement : Oui Non Résidence principale de l'enfant : chez le parent 1 chez le parent 2 Résidence alternéeFacturation : 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 2022/2023			

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 :