

DOSSIER D'INSCRIPTION SCOLAIRE ET PÉRISCOLAIRE

Nom :
Prénom :
Sexe : M F
Date de naissance : /...../.....
Commune et département de naissance :
Adresse complète de résidence :
.....
Niveau scolaire : PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2



Responsable légal 1	Responsable légal 2	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur	Lien de parenté : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur	
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	
Nom :	Nom :	
Prénom :	Prénom :	
Date de naissance : /...../.....	Date de naissance : /...../.....	
Adresse complète de résidence (si différente de l'enfant) :	Adresse complète de résidence (si différente de l'enfant) :	
Tél domicile :	Tél domicile :	
Tél mobile :	Tél mobile :	
Tél professionnel :	Tél professionnel :	
Profession :	Profession :	
Catégorie socio-professionnelle :	Catégorie socio-professionnelle :	
Situation de famille : <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> union maritale <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> veuf <i>(si divorcé ou séparé : fournir un exemplaire complet de la dernière décision de justice concernant l'enfant)</i>		
Frères et sœurs		
Nom, prénom	Date de naissance	École, niveau

Régime professionnel du payeur principal : Général Agricole

Cadre réservé à l'administration

Justificatif de domicile Livret de famille Copie des vaccinations
 Décision de justice si nécessaire Certificat de radiation si déjà scolarisé Attestation du Quotient Familial
(CAF ou dernier avis d'imposition)

Date de rentrée :

École de secteur :

École d'affectation :

FICHE DE LIAISON SANITAIRE

PAI

Panier repas

(suivant protocole réglementaire
et sur justificatif médical)

MÉDECIN TRAITANT

Nom :

Tél :

ALIMENTATION

Remarques :

.....

.....

ASSURANCE

Nom :

N° de Police :

Date d'échéance :

EN CAS DE PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUE

Nom du médecin spécialiste :

.....

Centre hospitalier spécifique :

.....

.....

.....

PROBLÈMES DE SANTÉ PARTICULIERS

(allergies, asthme, épilepsie, traitement, ...)

.....

.....

.....

.....

.....

À jour des vaccins suivants :

Antidiphtérique / Antitétanique / Antipoliomyélitique

Copie du carnet de santé à fournir

AUTORISATIONS PARENTALES

Les personnes suivantes sont autorisées à venir chercher mon enfant et à être prévenues en cas d'urgence si les responsables légaux restent injoignables : nom, prénom, lien de parenté (grands-parents, oncle, amis, voisins...) :

1. Tél :

2. Tél :

3. Tél :

4. Tél :

5. Tél :

6. Tél :

• ***J'autorise mon enfant à recevoir des soins d'urgence et / ou à être hospitalisé. ****

• ***Je m'engage à informer la ville de Saint-Maximin-la-Sainte-Baume de toute modification de ces renseignements. ****

** Autorisations obligatoires pour accueillir l'enfant*

J'autorise la ville de Saint-Maximin-la-Sainte-Baume à utiliser, dans le but de promouvoir les activités, les photos et/ou films de mon enfant qui pourraient être réalisés lors des différentes activités auxquelles il participe :

Oui Non

J'autorise mon enfant à quitter seul le lieu des activités à l'issue de l'accueil périscolaire :

Oui, à partir de (préciser l'heure)

Non

J'autorise mon enfant à quitter seul le lieu des activités à l'issue de l'accueil « Les Dragonnets » :

Oui, à partir de (préciser l'heure)

Non

Nom et prénom du responsable légal faisant la demande :

(date et signature précédées de la mention 'lu et approuvé')