

# Fiche d'inscription

## Année scolaire 2022-2023

**À retourner en mairie avant le 5 juillet 2022**

### Identification de l'enfant

NOM : ..... Prénom : ..... né(e) le.....  
Classe : ..... Sexe : M / F

### Responsables légaux

#### RESPONSABLE LÉGAL 1 :

NOM : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone domicile : .....  
Téléphone mobile : .....  
Téléphone travail : .....  
Profession : .....  
Lieu de travail : .....  
Mél : .....  
Temps de travail : .....

Lien avec l'enfant : père – mère – tuteur légal

Situation familiale : Mariés – Pacsés – Concubinage – Séparés – Divorcés – Veuf(ve)\*

\* En cas de séparation, merci de nous transmettre la décision du tribunal précisant le mode de garde de l'enfant

#### RESPONSABLE LÉGAL 2 :

NOM : .....  
Prénom : .....  
Adresse (si différente du père) : .....  
.....  
Téléphone domicile : .....  
Téléphone mobile : .....  
Téléphone travail : .....  
Profession : .....  
Lieu de travail : .....  
Mél : .....  
Temps de travail : .....

Lien avec l'enfant : père – mère – tuteur légal

### Coordonnées du responsable pour la facturation des services

NOM ..... Prénom .....  
Adresse .....  
Téléphone ..... Mél .....  
N° d'allocataire CAF .....  
Quotient familial : (joindre un justificatif de moins de 2 mois).....

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (après les parents)

NOM : ..... Prénom : .....  
Téléphone : .....  
Lien avec l'enfant : .....  
NOM : ..... Prénom : .....  
Téléphone : .....  
Lien avec l'enfant : .....

*Si vous le souhaitez, vous pourrez rajouter d'autres personnes sur le portail famille.*

### Renseignements concernant l'enfant

L'enfant suit-il un **traitement médical** ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant suit-il un **régime alimentaire** ?  Oui  Non

Si oui, merci de préciser lequel : .....

L'enfant a-t-il des besoins spécifiques qui nécessiteraient une prise en charge particulière (diabète, épilepsie, forte allergie, autres pathologies).  Oui  Non

**Allergie** : Médicamenteuses :  Oui  Non Alimentation :  Oui  Non  
Asthme :  Oui  Non Autres : .....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) : .....  
.....  
.....

**Antécédents de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre : .....  
.....  
.....

**Médecin traitant** : Nom : ..... Tél. ....

**Lieu d'hospitalisation souhaité** : .....

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.....  
.....  
.....

**Organisme d'assurance maladie** : .....  
**N° de sécurité sociale** .....

**Vaccinations** : Joindre une copie du carnet de vaccination de l'enfant. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

- J'autorise** mon enfant à quitter seul la garderie du soir (uniquement à partir de la classe de CP) ;
- J'ai pris connaissance du **règlement intérieur** des services périscolaires, j'en accepte tous les termes, sans la moindre réserve.

*Afin de prévoir le personnel nécessaire, merci de nous donner une prévision des présences de votre enfant :*

	Garderie du matin		Restauration scolaire		Garderie du soir	
	Régulier	Occasionnel	Régulier	Occasionnel	Régulier	Occasionnel
Lundi						
Mardi						
Jeudi						
Vendredi						

Autre (précisez) : .....  
.....

Je soussigné(e), ....., responsable de l'enfant : ..... ,  
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de la garderie périscolaire et/ou de la restauration scolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :