

**FICHE D'INSCRIPTION**  
Année scolaire ...../.....

Maternelle  Elémentaire

Ecole : \_\_\_\_\_

Niveau \_\_\_\_\_

Demande de dérogation \_\_\_\_\_

❖ **Représentant 1**

Responsable Légal

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

N° alloc CAF \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_

Tél employeur \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

➤ **Situation familiale des parents**

Célibataire  Marié(e)s  Pacsé(e)s  Union Libre

Divorcé(e)s  Séparé(e)s  Veuf (ve)

En cas de divorce ou de séparation, le droit de récupérer l'enfant est-il accordé à l'autre parent en dehors des conditions du jugement ?

Oui  Non (fournir le jugement refusant ce droit)

Nom et Prénom du responsable légal exerçant la garde :

**Pièces justificatives 1<sup>ère</sup> inscription**

- Livret de famille **ou**  Acte de naissance
- Carnet de Santé **ou**  Justificatif de vaccination à jour
- Justificatif de domicile **ou**  Attestation d'hébergement  
*(pièce d'identité de la personne qui héberge la famille)*
- Attestation d'assurance de l'enfant
- Attestation caf ou avis d'imposition (pour le calcul des factures à renouveler à chaque année scolaire)

**Si votre enfant a déjà été scolarisé merci de fournir un certificat de radiation à l'école.**

**Identité de l'enfant**

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Lieu de naissance \_\_\_\_\_

Sexe :  Féminin  Masculin

❖ **Représentant 2**

Responsable Légal

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

N° alloc CAF \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_

Tél employeur \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

➤ **Autres personnes à contacter en cas d'urgence**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Qualité \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Qualité \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Pièces justificatives renouvellement**

- Carnet de Santé **ou**  Justificatif de vaccination à jour
- Attestation d'assurance de l'enfant
- Attestation caf ou avis d'imposition (pour le calcul des factures à renouveler à chaque année scolaire)

A renseigner pour une première inscription en école maternelle

**Votre enfant a fréquenté un de ces modes d'accueils :**

Assistante Maternelle

Crèche

Autres Précisez :





Nom de l'enfant _____	Prénom _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____	Lieu de naissance : _____
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Habitude alimentaire : <input type="checkbox"/> Sans Porc <input type="checkbox"/> Sans Viande

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

## ➤ Vaccins obligatoires

• Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite-Coqueluche-Haemophilus influenzae b

Dernier rappel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Médecin traitant \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Votre enfant présente une allergie ou un risque de réactions allergiques

ASTHME	<input type="checkbox"/>	OUI	MEDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/>	OUI
ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/>	OUI	AUTRES	_____	

*Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir, si automédication le signaler et joindre l'ordonnance**Toutes les allergies devront être justifiées par un document médical*

Conduite à tenir \_\_\_\_\_

Votre enfant est-il porteur d'un handicap reconnu par la MDPH, bénéficiaire de l'AEEH, ou suivi pour un problème de santé nécessitant un accueil individualisé (PAI) ?

 Oui  Non

Précautions à prendre \_\_\_\_\_

Recommandations utiles des parents (difficultés de santé, opérations, rééducations, lunettes, prothèses, ...)

**Personnes à prévenir en cas d'urgence**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Qualité \_\_\_\_\_  \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Je soussigné(e), ..... Père-Mère- Tuteur légal- responsable de l'enfant sus nommé certifie exactes, les informations renseignées sur cette fiche, avoir donné tous les renseignements nécessaires, autoriser le (la) directeur (trice) à faire soigner, hospitaliser ou prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence et m'engage à signaler tout changement de situation.

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Signature