|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cadre réservé à l’administration :  Date dépôt / réception du dossier |  | \_ | \_ | ...............................................................................................................................  ...............................................................................................................................  ...............................................................................................................................  / \_ \_ / \_ \_ Cachet de la Mairie : | |
|  | **FICHE D’INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS ELEVE** | | | | Coller la PHOTO SVP |
| Groupe scolaire du Cossignol Chemin de Falgarde  31120 LACROIX-FALGARDE | Année scolaire : .......................... Classe : ................ | | | |  |

**ELEVE**

Nom : ................................................................. Prénom(s) : ............................. / ............................. / .............................

Né(e) le \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ à ................................................................. Département : .......................................

Adresse de l’enfant : ............................................................................................................................................................

Code postal : ................... Commune : .................................................

Prénom et âge des frères, sœurs, enfants scolarisés dans le groupe scolaire : ..........................................................................................

.......................................................................................................................................................................................................................

**RESPONSABLES LEGAUX**

|  |  |
| --- | --- |
| RESPONSABLE LEGAL 1  Nom patronymique : .....................................................................................  Nom marital : ................................................................................................  Prénom : .......................................................................................................  Profession ou catégorie socio-professionnelle (code)……………………….  Adresse (si différente de celle de l’enfant) : .................................................  ..................................................................................................................  Tél. domicile : ...............................................................................................  Portable : ......................................................................................................  Tél. travail : ....................................................................................................  Mail : ..............................................................................................................  J’accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d’élèves : oui NON  Autorité parentale : OUI NON | RESPONSABLE LEGAL 2  Nom patronymique : .....................................................................................  Nom marital : ................................................................................................  Prénom : ........................................................................................................  Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : ………………..…….  Adresse (si différente de celle de l’enfant) : ..................................................  .....................................................................................................................  Tél. domicile : .................................................................................................  Portable : ........................................................................................................  Tél. travail : .....................................................................................................  Mail : .............................................................................................................  J’accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d’élèves : oui NON  Autorité parentale : OUI NON |

# Si vous êtes séparés ou divorcés, indiquer qui a la garde de l’enfant (joindre l’ordonnance du TGI) :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| PARENT 1 |  | PARENT 2 |  | GARDE ALTERNEE |

**Personne AUTRE QUE LES PARENTS à prévenir en cas d’urgence / autorisée à venir chercher l’enfant**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nom, Prénom | Lien avec l’enfant | N° de téléphone  **(OBLIGATOIRE)** | Autorisée à venir chercher mon enfant | A appeler en cas d’urgence **si les parents ne sont**  **pas joignables** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

**AUTRE RESPONSABLE LEGAL**

**ATTENTION**  **RESTAURATION SCOLAIRE : INSCRIPTIONS AUPRES DE L’ALAE (dossier différent de celui-ci)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Responsable légal autre que le responsable légal 1 ou 2** (personne physique ou morale) | | | | | |
| Organisme : ..................................................................................  Fonction : .......................................................................................  Lien avec l’enfant : ......................................................................  Adresse (si différente de celle de l’enfant) : ........................................................................................... | Tél. domicile : ................................................................................  Portable : .......................................................................................  Tél. travail : .................................................................................... | | | | |
| Autorité parentale : OUI |  | NON |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Information réservée à la mairie :  Cocher les jours de fréquentation | | **CANTINE** |  |  | **RAMASSAGE SCOLAIRE :**  **NOM DE L’ARRET DE BUS :**  **…………………………………………………………………………….** | |
|  | **(aucune montée ni descente autorisée entre 2 arrêts)** | |
| **LUNDI** |  |  | **Matin** | **Soir** |
|  |  |
|  | |  |  | |
| **MARDI** |  |  | **Matin** | **Soir** |
|  |  |
|  | |  |  | |
| **MERCREDI** |  |  | **Matin** | **Midi** |
|  |  |
|  | |  |  | |
| **JEUDI** |  |  | **Matin** | **Soir** |
|  |  |
|  | |  |  | |
| **VENDREDI** |  |  | **Matin** | **Soir** |
|  |  |

**FICHE MEDICALE**

# Médecin traitant.

Nom : .................................................................... / N° de téléphone : ..........................................

# Projet d’Accueil Individualisé (PAI).

* Votre enfant est-il concerné par un PAI ? ** OUI (validé)  OUI (en cours de validation)  NON**
* Si oui, précisez la nature du PAI : ..............................................................................................................................................................

# Régime alimentaire.

Votre enfant est-il soumis à un régime alimentaire particulier ? ** OUI  NON**

Si oui, lequel : ..........................................................................................................................................................................

* **Traitement(s) .  OUI  NON**

Si oui, précisez :.......................................................................................................................................................................

* **Votre enfant porte-t-il des lunettes ?  OUI  NON**

Si oui, doit-il les conserver pendant les activités sportives et récréatives : ** OUI  NON**

**En cas d’accident ou d’urgence médicale**, je soussigné(e) , responsable légal(e) de

l’enfant AUTORISE les responsables de l’enfant (enseignants, responsables des services cantine et garderie) à appeler le SAMU et à prendre, le cas échéant, toutes mesures d’urgence nécessaires (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l’état de santé de l’ enfant. La famille sera immédiatement informée.

# ATTESTATION

Je soussigné(e) , responsable légal(e) de

l’enfant .......................................................................... :

* confirme la présente demande d’inscription, ainsi que l’exactitude des renseignements inscrits,
* m’engage à signaler dans les plus brefs délais, tout changement dans les renseignements portés sur la fiche,
* atteste également avoir pris connaissance des modalités du règlement en vigueur et notamment de mes obligations en matière d’information de la mairie sur toute modification, en accepter les termes et m’engage à strictement m’y conformer.

Porter la mention « lu et approuvé » Date : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ Signature(s) :