

FICHE D'INSCRIPTION ENFANT

ANNÉE SCOLAIRE
2020/2021



Source internet

IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____

Sexe: M F

Lieu de naissance: _____

Dpt/Pays: _____

VIE SCOLAIRE

Mon enfant est scolarisé : oui non

Nom de l'école : _____ Niveau scolaire : _____

➤ Je souhaite scolariser mon enfant dans l'école de mon secteur* : oui non

Nom de l'école de secteur : _____

➤ Je souhaite scolariser mon enfant dans une autre école que l'école de mon secteur* : oui non

*voir modalités d'inscriptions page 1 du dossier d'inscription (fournir les justificatifs demandés)

Nom de l'école souhaitée : _____

DROIT A L'IMAGE

- J'autorise la commune de Saint Pol Sur Mer à prendre en photo/vidéo mon enfant dans le cadre des activités scolaires :
 oui non

RESPONSABLES DE L'ENFANT

- concubinage mariés pacsés séparés divorcés famille monoparentale autre

RESPONSABLE LÉGAL 1

RESPONSABLE LÉGAL 2

| | | | |
|----------------------|--|----------------------|--|
| Nom : | | Nom : | |
| Prénom : | | Prénom : | |
| Date de naissance : | | Date de naissance : | |
| Téléphone portable : | | Téléphone portable : | |
| Téléphone fixe : | | Téléphone fixe : | |
| Email : | | Email : | |
| Adresse : | | Adresse : | |

AUTRES CONTACTS AUTORISÉS

(à venir chercher l'enfant et être prévenu(s) en cas d'urgence)

| | Contact 1 | Contact 2 | Contact 3 |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|
| Nom/Prénom : | | | |
| Téléphone : | | | |
| Lien avec l'enfant : | | | |

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Médecin traitant: _____ téléphone : _____

- Allergie alimentaire* : oui non préciser : _____
 Autre allergie : oui non préciser : _____
 Contres indications médicales : oui non préciser : _____
 Projet d'Accueil Individualisé : oui non

J'autorise les personnels à prendre toutes les mesures nécessaires à l'état de santé de mon enfant

*Les allergies alimentaires seront prises en compte uniquement sur présentation du PAI ou d'un certificat de l'allergologue

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant, titulaire de l'autorité parentale, certifie l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et reconnais avoir pris connaissance des conditions d'inscription et du règlement intérieur.

Date : _____

Signature :