

FICHE INSCRIPTION SCOLAIRE 2021-2022

RENSEIGNEMENT ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____ Masculin Féminin
 Né(e) le : _____ à _____ Département : _____
 Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Année Scolaire 2020-2021 Ecole : Bourg Bel Air Châter

Petite Section Moyenne Section Grande Section

CP CE1 CE2 CM1 CM2 CLIS

DEMANDE DE DEROGATION DE SECTEUR SCOLAIRE : Externe

Document à télécharger sur le site de la ville (tout dossier incomplet sera rejeté)

RESPONSABLE LEGAL 1

Madame Monsieur NOM : _____ Prénom : _____

NOM de Jeune Fille : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Téléphone du Domicile : __ / __ / __ / __ / __ Téléphone Portable : __ / __ / __ / __ / __

Courriel : _____@_____

Profession : _____ Nom employeur : _____

Autorité Parentale : Oui Non

RESPONSABLE LEGAL 2

Madame Monsieur NOM : _____ Prénom : _____

NOM de Jeune Fille : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Téléphone du Domicile : __ / __ / __ / __ / __ Téléphone Portable : __ / __ / __ / __ / __

Courriel : _____@_____

Profession : _____ Nom employeur : _____

Autorité Parentale : Oui Non

Si AUTRE RESPONSABLE LEGAL (Personne physique ou morale)

Organisme : _____ Fonction : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Téléphone Organisme : __ / __ / __ / __ / __ Téléphone Portable : __ / __ / __ / __ / __

Courriel : _____@_____

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié Pacsé Union Libre Séparé Divorcé Veuf (ve)

MODE DE GARDE EN CAS DE DIVORCE / SEPARATION

- Garde Alternée – Joindre le Jugement de divorce / Ordonnance du Juge, le calendrier de garde
 Garde Exclusive – Joindre le Jugement de divorce / Ordonnance du Juge

ASSURANCE ENFANT

Responsabilité Civile : Oui Non Individuelle Accident : Oui Non

Compagnie d'Assurance : Numéro de police d'Assurance :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Projet d'Accueil Individualisé – PAI Oui Non

Santé : Asthmatique, Diabétique, Allergie alimentaire Autre (à préciser) :

Fournir l'ordonnance et médicament ou autre si nécessaire

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement spécifique ? Oui Non

Vaccinations : Copie du carnet de santé, pages vaccinations

Régime Alimentaire : Repas classique Repas sans viande... Panier Repas si uniquement Pai

AUTORISATIONS

Autorise les responsables à faire donner tous les soins par un médecin Oui Non

Autorise les responsables à faire transporter mon enfant dans un hôpital en cas d'urgence Oui Non

PERSONNES de 16 ans révolus habilités à venir chercher l'enfant muni d'une pièce d'identité

NOM : Prénom : Lien de parenté ou autre :

Téléphone Portable : __ / __ / __ / __ / __

NOM : Prénom : Lien de parenté ou autre :

Téléphone Portable : __ / __ / __ / __ / __

NOM : Prénom : Lien de parenté ou autre :

Téléphone Portable : __ / __ / __ / __ / __

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Autorisation : La commune de Francheville peut photographier mon enfant dans le cadre légal de la diffusion de ces photos pour l'illustration de documents municipaux uniquement Oui Non

Activités périscolaires : Inscription via le portail famille sur le site de la Mairie de Francheville

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements qui figurent sur le présent document et reconnais avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des élèves.

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifié en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en contactant la mairie de Francheville.

Fait à :

le

Signature