

PHOTO

A

COLLER

Ecole élémentaire du Moucherotte

9 rue de la levade – 38170 SEYSSINET-PARISSET

Tél : 04 76 96 09 57 - Fax : 04 38 12 82 64 – Email : ce.0382929c@ac-grenoble.fr

FICHE D'INSCRIPTION

1- ELEVE

NOM de l'élève :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe : ☐ fille ☐ garçon

Nationalité : ☐ française

☐ autre :

Ecole précédente (nom et adresse) :

2- FAMILLE

	PERE	MERE
NOM et prénom		
Adresse		
N° de téléphone du domicile		
N° de portable		
E-mel		
Profession		
Employeur		
N° de téléphone au travail		
Nationalité	☐ française ☐ autre :	☐ française ☐ autre :
Situation de famille	☐ marié ☐ séparé ☐ divorcé ☐ vie maritale / pacsé ☐ remarié ☐ veuf ☐ célibataire	☐ marié ☐ séparé ☐ divorcé ☐ vie maritale / pacsé ☐ remarié ☐ veuf ☐ célibataire
Nom et prénom du nouveau conjoint (éventuellement)		
Résidence de l'enfant	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Autorité parentale	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non

Par principe, le père et la mère exercent conjointement l'autorité parentale, sauf dans le cas d'une décision de justice ou d'une famille naturelle. En l'absence d'information remise au directeur de l'école (au moyen d'une copie d'un acte judiciaire tel que la partie du jugement de divorce ou de séparation précisant les modalités de garde de l'enfant, ou une déclaration conjointe ou un acte de communauté de vie), chacun des deux parents a les mêmes droits, notamment pour que l'enfant lui soit confié.

- En cas de placement chez un tiers :

NOM et prénom :

Tél :

Adresse :

Lien de parenté éventuel avec l'enfant :

Assurance de l'enfant :

Compagnie d'assurance (nom et adresse) :

N° de police d'assurance :

Responsabilité civile : ☐ oui ☐ non

Individuelle accident : ☐ oui ☐ non

N° de sécurité sociale du parent en charge de l'enfant :

- Frères et sœurs :

(NOM et) prénom	Année de naissance	(NOM et) prénom	Année de naissance
.....			
.....			
.....			

- Gardienne de l'enfant (*éventuellement*) :

NOM et prénom : Tél :
Adresse :

3- SITUATION MEDICALE – SITUATION D'URGENCE

- Personnes à joindre en cas de nécessité

NOM et prénom : Tél :
Adresse :

- Médecin traitant à contacter le cas échéant :

NOM : Tél :

- En cas de soins urgents, établissement hospitalier où faire transporter l'enfant (en règle général, les indications nécessaires sont données par le SAMU toujours contacté au préalable : cette rubrique n'est à renseigner que dans le cas d'un choix familial) :

Etablissement : Tél :
Adresse :

- **Le(s) responsable(s) légal(aux) soussigné(s) autorise(nt) le directeur d'école ou l'enseignant à faire pratiquer tous les soins nécessaires en cas d'urgence, notamment une intervention chirurgicale.**

- Problèmes de santé, allergies ou contre-indications :

.....
.....

- Dates des derniers vaccins (présenter le carnet de santé ou un document médical attestant que l'enfant a subi les vaccinations obligatoires ou justifie d'une contre-indication)

D.T.Polio : B.C.G. :

4- INFORMATIONS PERISCOLAIRES (cocher le cas échéant)

Garderie du matin		Restaurant scolaire	
Transport scolaire		Périscolaire du soir	

5- AUTORISATION (à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes) (**Ne cocher qu'en cas de refus**)

Mère : ☐ Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.

☐ Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaire

Père : ☐ Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.

☐ Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaire

Nous nous engageons à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date :

Signature de la mère

Signature du père :