



## FICHE D'INSCRIPTION

**NOM ET PRENOM DE L'ÉLÈVE :** .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Sexe de l'enfant : .....

Je soussigné(e) : .....

Agissant en qualité de représentant légal : .....

Numéro d'assurance scolaire : .....

Demande à l'établissement EBM dans la classe de :

Maternelle :    TPS     PS     MS     GS

Demande de garderie :    matin     soir     matin et soir

Demande pour le club LPBC :    mercredi et vacances     vacances     mercredi

*Fait à Ducos, le .....*

*Signature des deux parents, précédée de la mention «Lu et approuvé»*

## PARENTS/TUTEURS

Père

Tuteur

Nom et prénom .....

Nationalité .....

Adresse .....

N° Sécurité Sociale : .....

Profession .....

Adresse du travail .....

Téléphone.....

Adresse email .....

Mère

Tutrice

Nom et prénom .....

Nationalité .....

Adresse .....

N° Sécurité Sociale : .....

Profession.....

Adresse du travail .....

Téléphone.....Adresse

email .....



### Situation familiale :

Mariés  Divorcés  Séparés  Concubins  Veufs  Célibataire  Pacsés

Nombre de frères et sœurs : .....

Si un des parents obtient la garde de l'enfant : joindre justificatifs judiciaire

Adresse .....

Téléphone .....

Garde alternée :  OUI  NON

Préciser : .....

Liste des personnes majeures habilitées par la famille à conduire ou à venir chercher les enfants à l'école autre que les parents. **Fournir une copie de leur pièce d'identité**

1 / Nom et prénom.....

Lien avec l'enfant : .....Tél.....

2 / Nom et prénom.....

Lien avec l'enfant : .....Tél.....

3 / Nom et prénom.....

Lien avec l'enfant : .....Tél.....

4 / Nom et prénom.....

Lien avec l'enfant : .....Tél.....

Je m'engage à signaler par écrit les personnes qui s'ajouteraient à cette liste au cours de l'année.

### DOSSIER MEDICAL

**AUCUN PERSONNEL NE SERA AUTORISÉ À ADMINISTRER UN MÉDICAMENT SAUF EN CAS DE PLAN D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (P.A.I)**

Nom et prénom de l'enfant .....

Vaccination à jour (Copie des pages de vaccination à fournir):  oui .....  non

Problèmes de santé : .....

Asthme  oui  non

Allergie  oui laquelle : .....  non

Médecin traitant - Nom : ..... Téléphone : .....



## DECLARATION

Je soussigné .....

Déclare :

- Autoriser le Chef de l'Établissement ou toute personne responsable à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toute mesure d'urgence, y compris l'hospitalisation après prescription du médecin.
- Autoriser le Chef de l'Établissement ou toute personne responsable à administrer les produits suivants : Crème solaire, antimoustique, crème apaisante suite aux piqûres de moustique
- Avoir pris connaissance des dispositions suivantes : en cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge de la famille, les pièces justificatives de ces frais et le dossier médical seront adressés.
- Autoriser le Chef de l'Établissement ou toute personne responsable à fournir des goûters réalisés par les parents des élèves dans le cadre des fêtes ou des gouters journaliers

*Fait à Ducos, le .....*

*Signature des deux parents, précédée de la mention «Lu et approuvé»*

## AUTORISATION DE SORTIE

Déclaration :

Je soussigné .....

- Autoriser la participation de mon enfant à toutes les sorties organisées par l'école dans le cadre des activités scolaires et extrascolaires. Je déclare en outre avoir pris connaissance du fait que les sorties des enfants s'effectueront par le bus.

*Fait à Ducos, le .....*

*Signature des deux parents, précédée de la mention «Lu et approuvé»*



### AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Déclaration :

Je soussigné.....

Parent de l'enfant : .....

- autorise l'Ecole à publier sur son site internet ou à diffuser des photos de mon enfant prises au cours des activités scolaires.
- autorise l'Ecole à prendre des photos de mon enfant pour le suivi de ses activités et la photo de classe

Fait à Ducos, le .....

***Signature des deux parents, précédée de la mention «Lu et approuvé»***