

Ecole d'affectation : _____ Classe : _____ Date d'inscription : _____

N° allocataire : _____ Police d'assurance : _____ n° : _____

Partie réservée à l'administration

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ELEVE

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ à _____ Sexe : Masculin Féminin

Ecole fréquentée (année scolaire 2014/2015) : _____ Classe _____

Demi pensionnaire : OUI NON - Vaccination à jour : OUI NON

Médecin de famille : _____ Tél. : _____

L'enfant est en situation d'handicap reconnue OUI NON

Personne(s) à contacter en cas d'accident (si différent des parents) :

Nom – Prénom Tél : _____

Nom – Prénom Tél : _____

L'enfant réside t-il : chez le père Chez la mère Autre (préciser) _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

	PERE ♀	MERE ♀	TUTEUR(TRICE) ♀
NOM ♀	_____	_____	_____
PRENOM ♀	_____	_____	_____
ADRESSE ♀	_____	_____	_____
TEL DOMICILE ♀	0596 _____ 0696 _____ autre _____	0596 _____ 0696 _____ autre _____	0596 _____ 0696 _____ autre _____
PROFESSION ♀	_____	_____	_____
ADRESSE PROFESSIONNELLE ♀	_____	_____	_____
TEL PROFESSIONNEL ♀	_____	_____	_____

NOM ET PRENOMS DES FRÈRES ET SŒURS SCOLARISÉS

NOM / PRENOM	ECOLE	CLASSE

QUOTIENT FAMILIAL

ANNEE	CLASSE	QUOTIENT FAMILIAL	TARIF APPLICABLE	OBSERVATIONS

Je soussigné(e) _____ déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus sous peine d'annulation de la présente demande d'inscription.

DÉLÉGATION DES POUVOIRS EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e) : _____

Demeurant à l'adresse indiquée ci-dessus, autorise, le responsable de l'interclasse, à prendre, en cas d'urgence, toutes décisions de transports, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale jugées indispensables par le médecin appelé, en raison de l'état de santé de mon enfant.

Cette autorisation vaut, en particulier, en cas d'impossibilité, soit de me joindre (ou de joindre mon conjoint), soit d'obtenir l'avis de notre médecin de famille.

Fait à La Trinité, le _____

AUTORISATION DURANT LE TEMPS PERISCOLAIRE

Je soussigné (e) : _____

Autorise N'autorise pas mon enfant à sortir de l'Etablissement pour la pratique d'activités périscolaires.

Autorise N'autorise pas à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités périscolaires.

SIGNATURES

Du père

de la mère

du tuteur

Ecole d'affectation : _____ Classe : _____ Date d'inscription : _____

N° allocataire : _____ Police d'assurance : _____ n° : _____

Partie réservée à l'administration

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ELEVE

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ à _____ Sexe : Masculin Féminin

Ecole fréquentée (année scolaire 2013/2014) : _____ Classe _____

Demi pensionnaire : OUI NON - Vaccination à jour : OUI NON

Médecin de famille : _____ Tél. : _____

L'enfant est en situation d'handicap reconnue OUI NON

Personne(s) à contacter en cas d'accident (si différent des parents) :

Nom – Prénom Tél : _____

Nom – Prénom Tél : _____

L'enfant réside t-il : chez le père Chez la mère Autre (préciser) _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

	PERE ♀	MERE ♀	TUTEUR(TRICE) ♀
NOM ♀	_____	_____	_____
PRENOM ♀	_____	_____	_____
ADRESSE ♀	_____	_____	_____
TEL DOMICILE ♀	0596 _____ 0696 _____ autre _____	0596 _____ 0696 _____ autre _____	0596 _____ 0696 _____ autre _____
PROFESSION ♀	_____	_____	_____
ADRESSE PROFESSIONNELLE ♀	_____	_____	_____
TEL PROFESSIONNEL ♀	_____	_____	_____

NOM ET PRENOMS DES FRÈRES ET SŒURS SCOLARISÉS

NOM / PRENOM	ECOLE	CLASSE

QUOTIENT FAMILIAL

ANNEE	CLASSE	QUOTIENT FAMILIAL	TARIF APPLICABLE	OBSERVATIONS

Je soussigné(e) _____ déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus sous peine d'annulation de la présente demande d'inscription.

DÉLÉGATION DES POUVOIRS EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e) : _____

Demeurant à l'adresse indiquée ci-dessus, autorise, le responsable de l'interclasse, à prendre, en cas d'urgence, toutes décisions de transports, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale jugées indispensables par le médecin appelé, en raison de l'état de santé de mon enfant.

Cette autorisation vaut, en particulier, en cas d'impossibilité, soit de me joindre (ou de joindre mon conjoint), soit d'obtenir l'avis de notre médecin de famille.

Fait à La Trinité, le _____

AUTORISATION DURANT LE TEMPS PERISCOLAIRE

Je soussigné (e) : _____

Autorise N'autorise pas mon enfant à sortir de l'Etablissement pour la pratique d'activités périscolaires.

Autorise N'autorise pas à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités périscolaires.

SIGNATURES

Du père

de la mère

du tuteur