

**DOCUMENT UNIQUE D'INSCRIPTION - CHABONS
INSCRIPTION 2024-2025
FICHE FAMILLE (1 FICHE PAR ENFANT)**

NOM ET PRENOM(S) DE L'ENFANT :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe : F M

Nationalité :

Ecole fréquentée : Publique Privée

Classe : (à la rentrée)

RESPONSABLES FAMILIAUX

SITUATION DE FAMILLE

Célibataire Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Vie maritale

PARENTS ou RESPONSABLES DE L'ENFANT

Père : NOM : Prénom(s) : Facturation à ce nom oui – non *

Tél. Domicile : Travail : Portable :

Adresse :

Mère : NOM : Prénom : Facturation à ce nom oui – non *

Tél. Domicile : Travail : Portable :

Adresse (si différente du père) : **barrer la mention inutile*

ADRESSE MAIL (à utiliser pour la création du portail famille et pour toute communication) :

.....

Les factures seront disponibles sur le portail famille avant que vous ne les receviez en version papier par courrier

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence (si parents non joignables) :

NOM Prénom : Tél. :

NOM Prénom : Tél. :

En cas de garde alternée, merci d'indiquer le deuxième domicile de :

Père Mère

Adresse :

Nom du représentant légal* : Tél :

**si autorité parentale exercée par un tuteur*

AUTORISATIONS

Santé- soins

Hospitalisation si urgence

Premiers soins si besoin

Communication

Communiquer l'adresse aux parents d'élèves Photos pour parutions municipales

Utilisation email pour envoi infos municipales

RAMASSAGE SCOLAIRE / SORTIE D'ECOLE

Mon/mes enfants prend/prennent le car à 16h30 OUI NON

L'inscription au ramassage scolaire est gérée par la région, renseignements sur le site CARS REGION – onglet « votre réseau et vous » puis « scolaire »

A rendre en mairie

Précisez les conditions de départ de votre enfant à l'issue de l'école, de l'accueil périscolaire entre 16h30 et 18h30 :

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
L'enfant est autorisé à partir seul (CP/CM)				
Une des personnes mentionnées ci-dessous viendra chercher l'enfant				
L'enfant part au service de garderie périscolaire (inscription en mairie et ci-dessous)				

INSCRIPTION AUX SERVICES A L'ENFANCE

(Mettre une croix dans les cases correspondant à vos choix)

SERVICES	Type d'inscription		Jours de Fréquentation			
	Permanente Cocher les jours	Ponctuelle*	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Cantine						
Périscolaire matin						
Périscolaire soir						

***Si ponctuelle ne pas cocher de jour de présence**

Cocher le régime si spécifique : Repas sans viande Repas sans porc végétarien (sans viande ni poisson)

Les responsables légaux autorisent les personnes, désignées ci-dessous, à venir chercher l'enfant à l'issue de l'école et de l'accueil de loisirs périscolaire et assume la pleine et entière responsabilité de cette demande. La municipalité ne saurait être, en aucun cas, être tenue responsable de problèmes survenant après la sortie de l'enfant :

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté/autres

MEDECIN TRAITANT

Nom :

N°☎ :

Ville :

1- NOM, DATE ET SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné(e) valide l'ensemble des informations et autorisations communiquées dans le dossier de mon enfant et déclare exact les renseignements portés sur la fiche sanitaire de liaison et autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils périscolaires et m'engage et m'engage à les respecter.

Le :

Nom du signataire suivi de la signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- NOM ET PRENOM :

Sexe :

Né(e) le :

2- CERTIFICATS DE VACCINATIONS :

Vaccins obligatoires	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		ROR	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DTPolio		Autre (préciser)	
Ou Tétracoq			

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical de fond ? _____

Indications complémentaires :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole Angine Scarlatine Otite Oreillons

Varicelle Rhumatisme AA Coqueluche Rougeole

L'enfant a-t-il des allergies ?

Asthme Médicamenteuse Alimentaire Autre

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Un PAI, Projet d'Accueil Individualisé, a-t-il été mis en place ?

S'il suit un régime alimentaire spécifique, précisez le régime :

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : port de lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires ou autres en précisant les précautions à prendre.

5- MEDECIN TRAITANT

Nom :

N°☎ :

Ville :

6- NOM, DATE ET SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné(e) valide l'ensemble des informations et autorisations communiquées dans le dossier de mon enfant et déclare exact les renseignements portés sur la fiche sanitaire de liaison et autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils périscolaires et m'engage et m'engage à les respecter.

Le :

Nom du signataire suivi de la signature :