



# FICHE D'INSCRIPTION ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE 2026 – 2027

| ENFANT                                                                                                         |                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Identité                                                                                                       | Photo                                                                                                          |
| Nom :                                                                                                          |                                                                                                                |
| Prénom :                                                                                                       |                                                                                                                |
| Sexe :                                                                                                         |                                                                                                                |
| Date de naissance :                                                                                            |                                                                                                                |
| Lieu de naissance :                                                                                            |                                                                                                                |
| ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE                                                                                |                                                                                                                |
| Assurance :                                                                                                    |                                                                                                                |
| N° de contrat :                                                                                                |                                                                                                                |
| RESPONSABLES LEGAUX                                                                                            |                                                                                                                |
| Responsable 1                                                                                                  | Responsable 2                                                                                                  |
| Nom :                                                                                                          | Nom :                                                                                                          |
| Prénom :                                                                                                       | Prénom :                                                                                                       |
| Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez) | Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez) |
| Date de naissance :                                                                                            | Date de naissance :                                                                                            |
| Type : Père / Mère / Autre (Précisez)                                                                          | Type : Père / Mère / Autre (Précisez)                                                                          |
| Adresse :                                                                                                      | Adresse :                                                                                                      |
| Email :                                                                                                        | Email :                                                                                                        |
| Téléphone :                                                                                                    | Téléphone :                                                                                                    |
| Portable :                                                                                                     | Portable :                                                                                                     |
| Téléphone professionnel :                                                                                      | Téléphone professionnel :                                                                                      |
| Profession :                                                                                                   | Profession :                                                                                                   |
| Employeur / Profession Libérale :                                                                              | Employeur / Profession Libérale :                                                                              |
| Adresse – employeur / profession libérale :                                                                    | Adresse – employeur / profession libérale :                                                                    |
| Plein temps / Autre (précisez) :                                                                               | Plein temps / Autre (précisez) :                                                                               |
| Propriétaire : OUI - NON                                                                                       | Propriétaire : OUI - NON                                                                                       |
| Locataire : OUI - NON                                                                                          | Locataire : OUI - NON                                                                                          |

| PERSONNES A CONTACTER                 |           |                                       |           |
|---------------------------------------|-----------|---------------------------------------|-----------|
| Contact                               |           | Contact                               |           |
| Nom :                                 |           | Nom :                                 |           |
| Prénom :                              |           | Prénom :                              |           |
| Type : Père / Mère / Autre (Précisez) |           | Type : Père / Mère / Autre (Précisez) |           |
| Téléphone :                           |           | Téléphone :                           |           |
| Portable :                            |           | Portable :                            |           |
| Appel en cas d'urgence :              | OUI / NON | Appel en cas d'urgence :              | OUI / NON |
| Autorisé à récupérer l'enfant :       | OUI / NON | Autorisé à récupérer l'enfant :       | OUI / NON |

  

| Contact                               |           | Contact                               |           |
|---------------------------------------|-----------|---------------------------------------|-----------|
| Nom :                                 |           | Nom :                                 |           |
| Prénom :                              |           | Prénom :                              |           |
| Type : Père / Mère / Autre (Précisez) |           | Type : Père / Mère / Autre (Précisez) |           |
| Téléphone :                           |           | Téléphone :                           |           |
| Portable :                            |           | Portable :                            |           |
| Appel en cas d'urgence :              | OUI / NON | Appel en cas d'urgence :              | OUI / NON |
| Autorisé à récupérer l'enfant :       | OUI / NON | Autorisé à récupérer l'enfant :       | OUI / NON |

| INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES                                                                                                                                                                                                                               |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Autorisations                                                                                                                                                                                                                                              | Réponse   |
| <b>Partir seul</b> : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul ou accompagné d'un mineur la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).                                                | OUI / NON |
| <b>Prise de photo</b> : Nous donnons notre consentement sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures. | OUI / NON |
| <b>Sport</b> : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.                                                                                                                                   | OUI / NON |
| <b>Hospitalisation</b> : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.             | OUI / NON |

  

| MEDICALES INFORMATIONS                                                                                          |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| N° sécurité sociale :                                                                                           |           |
| Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?                                                  | OUI / NON |
| Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?                                 | OUI / NON |
| Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?                                   | OUI / NON |
| Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ? | OUI / NON |

| Médecin | Téléphone | Spécialité |
|---------|-----------|------------|
|         |           |            |

|                        |
|------------------------|
| Allergies              |
|                        |
| Pratiques Alimentaires |
|                        |
| PAI                    |
|                        |

| ATTESTATION                         |  |
|-------------------------------------|--|
| Nous soussignés (*)                 |  |
| Responsables légaux de l'enfant (*) |  |

- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- Autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

| Responsable 1<br>(*) |  | Responsable 2 |  |
|----------------------|--|---------------|--|
| Fait à :             |  | Fait à :      |  |
| Date :               |  | Date :        |  |
| Signature :          |  | Signature :   |  |

\* A remplir obligatoirement