



PHOTO
OBLIGATOIRE

Non agrafée



**DOSSIER D'INSCRIPTION
SCOLAIRE ET PÉRISCOLAIRE
RENTREE 2026/2027**

ENFANT

Sexe : Masculin Féminin

Nom :

Prénoms :

Né(e) le : / / Ville de naissance :

Nationalité : Pays de naissance :

Adresse :

.....
Commune :

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Livret de famille

Photocopies vaccins

Attestation médecin

CNI

Justificatifs domicile

Avis d'impôts sur le revenu

Jugement de divorce

Autorisation parentale

PAI

Date de validation :

Visa :

BB

LP

Ciril

RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal 1 : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>		
NOM :		
Prénoms :		
Adresse :		
Téléphone portable :		
Courriel :		
Profession : (voir codifications ci-dessous)		
Autorité Parentale : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Prévenir en cas d'urgence : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Payeur : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Responsable légal 2 : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>		
NOM :		
Prénoms :		
Adresse :		
Téléphone portable :		
Courriel :		
Profession : (voir codifications ci-dessous)		
Autorité Parentale : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Prévenir en cas d'urgence : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Payeur : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

Codifications des professions et catégories sociales

10-Agriculiteurs exploitants	55-Employés de commerce
21-Artisans	56-Personnels des services directs aux particuliers
22-Commerçants et assimilés	62-Ouvriers qualifiés de type industriel
23- Chefs d'entreprise de 10 salariés et plus	63- Ouvriers qualifiés de type artisanal
31-Professions libérales	64-Chauffeurs
33-Cadres de la fonction publique	65-Ouvriers qualifié de la manutention, du magasinage, du transport
34-Professeurs, professions scientifiques	67-Ouvriers non qualifiés de type industriel
35-Professions de l'information, des arts et des spectacles	68-Ouvriers non qualifiés de type artisanal
37-Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise	69-Ouvriers agricoles
38-Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise	71-Retraités agriculteurs exploitants
42-Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés	72-Retraités artisans, commerçants, chefs d'entreprise
43-Professions intermédiaires de la santé et du travail social	74-Anciens cadres
44-Clergé, religieux	75-Anciennes professions intermédiaires
45-Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	77-Anciens employés
46-Professions intermédiaires administratives commerciales en entreprise	78-Anciens ouvriers
47-Techniciens	81-Chomeurs n'ayant jamais travaillé
48-Contremaitres, agents de maîtrise	83-Militaires du contingent
52-Employés civils, agents de service de la fonction publique	84-Elèves, étudiants
53-Policiers et militaires	85-Personnes sans activité professionnelle <60 ans (sauf retraités)
54-Employés administratifs d'entreprises	86-Personnes sans activité professionnelle >=60 ans (sauf retraités)

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Situation actuelle

Cochez la case correspondante à la situation actuelle

Célibataire Divorcé Séparé Veuf(ve)

Pacsé Marié Union libre

Garde chez un seul responsable légal (à préciser) :.....

Garde alternée : - Semaine paire, chez :
- Semaine impaire, chez :

Régime d'assurance maladie

CPAM MSA Autres

CAF : Numéro d'allocataireHérault Autres

Services périscolaires

Restaurant scolaire : oui non

Plat de substitution : oui non

Si oui sans porc végétarien

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE DE L'ÉCOLE OU DU PÉRISCOLAIRE (AUTRES QUE LES PARENTS)

Nom : Prénom : Tél :
Lien avec l'enfant :

Nom : Prénom : Tél :
Lien avec l'enfant :

Nom : Prénom : Tél :
Lien avec l'enfant :

Procédure d'urgence :

1. Appel du SAMU ou des pompiers
2. Appel des parents ou responsables légaux. A défaut, appel aux contacts mentionnés
3. Transfert de l'enfant vers le CHU ou autres établissements, par les services d'urgence

ÉCOLE PRÉCÉDENTE : Publique Privée

Nom :

Adresse :

Dernière classe suivie dans cette école :

FRÈRE(S) ET SŒUR(S) SCOLARISÉS SUR LA COMMUNE

NOM / PRÉNOM : ÉCOLE CLASSE

NOM / PRÉNOM : ÉCOLE CLASSE

NOM / PRÉNOM : ÉCOLE CLASSE

NOM / PRÉNOM : ÉCOLE CLASSE

AUTORISATIONS

- J'autorise la présence de mon enfant sur les photographies des temps périscolaires.
- Je déclare être informé(e) de la participation de mon enfant à des sorties éducatives pendant les temps périscolaires.
- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils de loisirs périscolaires (ALP) et accepter ce dernier.

ENGAGEMENT DES RESPONSABLES LÉGAUX (signatures obligatoires)

Le ou les responsables légaux déclare(nt) sur l'honneur que tous les renseignements fournis ci-dessus sont exacts.

Fait à :

Le :/...../.....

Fait à :

Le :/...../.....

Signature responsable légal 1

Signature responsable légal 2

Responsables légaux : Il est important de renseigner le document concernant les deux responsables légaux pour la transmission des résultats scolaires (circulaire n°94-149 du 13/04/1994). Les élections de représentants des parents d'élèves : chaque parent est désormais électeur et éligible (note de service n°2004-104 du 25/06/2004)

Les données renseignées sur cette fiche seront prises en compte par le directeur d'école dans le logiciel de l'Education nationale « base élèves 1er degré ». Le maire de la commune est également destinataire de ces données, dans le cadre de ses compétences légales en matière d'inscription scolaire et de contrôle de l'obligation scolaire.

Le droit d'accès et de rectification des personnes aux données les concernant s'exerce auprès du directeur d'école, de l'IEN de circonscription ou de l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale dans les conditions définies par les articles 39 et 40 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 aout 2004.

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES SECOURS

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière scolaire.

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Date de naissance de l'enfant :

Nom et adresse des responsables légaux (noter l'adresse où est domicilié l'enfant) :

.....
.....
.....
.....
.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

- N° de téléphone du domicile :
- N° du portable du responsable légal 1 :
- N° du travail du responsable légal 1 :
- Lien de parenté avec l'enfant :
- N° du portable du responsable légal 2 :
- N° du travail responsable légal 2
- Lien de parenté avec l'enfant :

Nom et n° de téléphone d'une autre personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....
.....
.....
.....
.....

ASSURANCES (les attestations sont à remettre à l'école à la rentrée scolaire)

Responsabilité civile :

Compagnie d'assurance (Nom, adresse, numéro de contrat) :

.....
.....
.....
.....

Individuelle accident :

Compagnie d'assurance, si différente de l'assurance responsabilité civile (Nom, adresse, numéro de contrat)

.....
.....
.....
.....

INFORMATIONS MEDICALES

GROUPE SANGUIN DE L'ENFANT :

VACCINATIONS (cocher la case correspondante)

- Attestation du médecin (qui certifie que l'enfant est vacciné)
 Photocopie du carnet de santé (**pages des vaccins seulement**)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Médecin traitant : Téléphone :

L'enfant porte-t-il :

Des prothèses auditives des lunettes des lentilles des prothèses dentaires
Autre Préciser :

L'enfant a-t-il :

- De l'Asthme Non Oui
- Des allergies : Non Oui Préciser :
- UN PAI : Non Oui

Si OUI, fournir une photocopie du PAI et compléter ci-dessous :

- Alimentaire Préciser :
- Panier repas fourni par la famille OUI NON
Préciser :
- Autres

Autres difficultés de santé à signaler :

Fait à : Le :

Signature Responsable légal 1

Lien de parenté :

Signature Responsable légal 2

Lien de parenté :

