

NOM :
PRENOM :
Niveau :

Ecole de VILLEFRANCHE
Année scolaire 2024-2025



DOSSIER D'INSCRIPTION SCOLAIRE et PERISCOLAIRE

1ère inscription

Date de naissance : - - / - - / - - - - Lieu de naissance :

PARENTS

Responsable légal
Père / Mère / Tuteur*
* rayer la mention inutile

Père / Mère / Tuteur*
* rayer la mention inutile

NOM :
Prénom :
Adresse :
.....
Code postal :
Ville :
Tél. :
Tél. professionnel :
Email :

NOM :
Prénom :
Adresse :
.....
Code postal :
Ville :
Tél. :
Tél. professionnel :
Email :

Autres personnes autorisées à venir chercher mon enfant :

- NOM - Prénom : Lien de parenté :
Tél. fixe / portable :
- NOM - Prénom : Lien de parenté :
Tél. fixe / portable :
- NOM - Prénom : Lien de parenté :
Tél. fixe / portable :

NOM :
PRENOM :
Niveau :

Ecole de VILLEFRANCHE
Année scolaire 2024-2025

POUR LES ENFANTS SOUS MESURE DE PROTECTION

Assistant familial

NOM :
Prénom :
Adresse :
.....
Code postal :
Ville :
Tél. :
Tél. professionnel :
Email :

UTS de Référence

Organisme :
Nom du référent éducatif :
Adresse de l'organisme :
.....
Code postal :
Ville :
Tél du standard :
Ligne directe :
Email :

Observations / recommandations particulières :

NOM :
PRENOM :
Niveau :

Ecole de VILLEFRANCHE
Année scolaire 2024-2025

EN CAS D'URGENCE

Médecin Traitant	Assurance responsabilité civile et individuelle
NOM :	Compagnie :
Prénom :	N° de police :
Adresse :	
.....	
Code postal :	
Ville :	
Tél. :	

J'autorise la personne en charge des activités périscolaires à prendre toute mesure rendue nécessaire par l'état de mon enfant. Je prends note de la démarche appliquée en cas d'urgence :

- 1 – Appel des secours, intervention, hospitalisation
- 2 – Appel aux parents et/ou personne(s) désignée(s) ci-dessous :

- NOM - Prénom : Lien de parenté :
Tél. fixe / portable :
- NOM - Prénom : Lien de parenté :
Tél. fixe / portable :
- NOM - Prénom : Lien de parenté :
Tél. fixe / portable :

Précisez ci-dessous toute information concernant votre enfant que vous jugerez utile de porter à la connaissance des services périscolaires et/ou services de secours en cas d'urgence :

- Allergies connues
- Régime alimentaire
- Autre

P.A.I. (Plan d'Accueil Individualisé) en cours OUI NON
Si oui, vous devez le joindre à ce dossier.

NOM :
PRENOM :
Niveau :

Ecole de VILLEFRANCHE
Année scolaire 2024-2025

AUTRES INFORMATIONS

N° allocataire CAF ou MSA :

Nombre de frère(s) et sœur(s) : Age :

Vaccination obligatoire à jour OUI NON

Droit à l'image

J'autorise, dans le cadre des activités périscolaires que mon enfant

- soit photographié individuellement collectivement
- que son image soit présentée ou exploitée dans les diverses animations des activités périscolaires, par le biais :
 - de photos d'un CD d'un film vidéo

Je soussigné(e), M....., responsable légal de l'enfant cité ci-dessus, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent dossier d'inscription scolaire.

Fait à

le.....

Signature de la Mère / Tuteur*

* rayer la mention inutile

Signature du Père / Tuteur*

* rayer la mention inutile