

FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION  
AUX SERVICES SCOLAIRE ET PERISCOLAIRE

NOM..... Prénom.....Sexe.....  
Niveau  Maternelle  Primaire Date de naissance :.....  
Adresse :..... Etablissement scolaire précédent.....  
.....  
..... Classe.....  
N° d'allocataire CAF : .....

**Représentant légal**  Parent  Tuteur

Nom..... Prénom.....  
Adresse : .....

Tél. domicile..... Téléphone portable.....  
@Courriel personnel..... @Courriel professionnel.....

Composition familiale : Marié  Célibataire  Divorcé  En couple

Sécurité sociale : Régime général  Régime MSA  Autre : .....

**Représentant légal** ( Parent -  Tuteur)

Nom..... Prénom.....  
Adresse.....

Tél. domicile..... Tél. portable : .....

@Courriel personnel..... @Courriel professionnel.....

Composition familiale : Marié  Célibataire  Divorcé  En couple

Sécurité sociale : Régime général  Régime MSA

**Personne à prévenir en priorité en cas d'urgence** (autre que les représentants légaux)

Nom : ..... Prénom.....  
Tel : .....

**MEDECIN TRAITANT (NOM, Adresse, Téléphone)**.....  
.....

**Personnes autorisées à venir récupérer l'enfant** (autre que les représentants légaux)

Nom ..... Prénom.....  
Tél. fixe..... Tél. portable.....

Lien avec l'enfant : Ami  Assistante maternelle  Grands-parents  Autre.....

Nom : ..... Prénom.....  
Tél. fixe..... Tél. portable.....

Lien avec l'enfant : Ami  Assistante maternelle  Grands-parents  Autre.....

## MALADIES ET ALLERGIES

### 1- MALADIES

Votre enfant a-t-il déjà contracté les maladies suivantes ?

Rubéole	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Coqueluche	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Varicelle	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Oreillons	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Scarlatine	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Otite	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Rougeole	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Angine	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Groupe et Rhésus sanguin : .....

### 3- ALLERGIES

Alimentaire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Asthme	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Autres	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

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

### 4- DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Mise en place d'un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) :  OUI  NON

Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, etc...  
Préciser les dates et les précautions à prendre.

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

L'enfant suit-il un traitement médical ? Si oui, lequel ?

.....  
.....

Recommandation des parents [Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc...  
(Précisez)]

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

## AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE (valable pour l'année scolaire)

J'autorise mon enfant à quitter seul(e) l'accueil périscolaire (Entourez le jour) : L M M J V

Oui  Heure de sortie .....

Non

## AUTORISATION DE PUBLICATION DE L'IMAGE DE L'ENFANT

Je soussigné(e),  
Représentant légal de l'enfant : Nom..... Prénom.....

autorise la Commune de Lézignan la Cèbe à publier et utiliser les photos, sur lesquelles figure mon enfant qui seraient prises dans le cadre des activités périscolaires. Celles-ci pourront être reproduites par la mairie ou la presse en partie ou en totalité sur tout support (Internet, revues, supports municipaux ou autre support de presse) sans rémunération, sans autre formalité préalable et dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Un refus aura pour conséquence, soit d'écarter votre enfant lors des prises de vue, soit de masquer son visage.

Oui  Non

Le.....

Signature (s)

## DOCUMENTS OBLIGATOIRES A FOURNIR

- Livret de famille ou extrait d'acte de naissance
- Attestation d'assurance scolaire et extra-scolaire pour l'année 2017-2018
- Justificatif de domicile lors de la première inscription (- de trois mois) : quittance de loyer, taxe habitation, bail locatif...
- Certificat de radiation si l'enfant a déjà été scolarisé dans une autre école
- En cas de divorce, photocopie du jugement pour la garde de l'enfant
- Photocopie du Carnet de santé de l'enfant
- N° d'allocataire CAF (à mentionner au recto) ou Impôt sur le revenu N-2 (si pas allocataire CAF)

**ATTENTION : L'inscription ne sera pas prise en compte si la fiche n'est pas complètement renseignée et signée.**

**Je soussigné(e).....représentant légal de l'enfant.....**

**- Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir l'administration municipale de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale...),**

**- Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur relatif aux activités périscolaires et à la restauration scolaire consultable en ligne (Rubrique Vie au village-Ecole La Salsepareille) et**

**- Déclare en acceptant les termes, approuver son contenu et m'engage à m'y conformer.**

**- Reconnais avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des élèves. Conformément à la loi n° 78-17 «Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifié en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Mairie de Lézignan la Cèbe.**

VALIDATION MUNICIPALE

Fait à Lézignan la Cèbe, le.....  
Le Maire

SIGNATURE DES DEUX RESPONSABLES LEGAUX