



VILLE DE CHAURAY

FICHE D'INSCRIPTION MATERNELLE

ANNEE SCOLAIRE 2020/2021

Date inscription de l'enfant :/...../.....

ÉLÈVE

Nom : Prénom(s) : Sexe : M ☐ F ☐
Né(e) le : / / Lieu de naissance : département :
Adresse : Code postal : Commune :

Scolarité demandée : Petite section ☐ Moyenne section ☐ Grande section ☐

1^{er} RESPONSABLE *

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Autre :

Nom d'usage (marital) : Nom de jeune fille : Prénom(s) :
Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐ Profession : Employeur :
Adresse : Code postal : Commune :

(Si différente de celle de l'élève)

Téléphone domicile : Téléphone portable : Téléphone travail :
Courriel : @

2^{ème} RESPONSABLE *

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Autre :

Nom d'usage (marital) : Nom de jeune fille : Prénom(s) :
Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐ Profession : Employeur :
Adresse : Code postal : Commune :

(Si différente de celle de l'élève)

Téléphone domicile : Téléphone portable : Téléphone travail :
Courriel : @

SITUATION FAMILIALE *

Mariés ☐ Vivant maritalement ☐ Pacsés ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve) ☐
Divorcés ☐ Séparés ☐ Résidence principale : Maternelle : ☐ Paternelle : ☐

PERSONNES AUTORISÉES A PRENDRE L'ENFANT AUTRES QUE LES PARENTS

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphones fixe et portable
.....
.....
.....

INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES

Garderie matin : Oui ☐ Non ☐ Garderie soir : Oui ☐ Non ☐
Restaurant scolaire : Oui ☐ Non ☐
Trajet domicile-école : Transport bus : Oui ☐ Non ☐ Seul(e) : Oui ☐ Non ☐ Accompagné(e) : Oui ☐ Non ☐

* 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 des représentants des parents d'élèves : chaque parent est désormais électeur et éligible (note de service n° 2004-104 du 25/06/2004)

Vous disposez d'un droit d'accès, de modifications, de rectification et de suppression des données qui vous concernent
(Article 34 de la loi « informatique et Libertés » du 6 janvier 1978). Pour l'exercice, contactez la mairie.

FICHE SANITAIRE MATERNELLE

ANNEE SCOLAIRE 2020/2021

RENSEIGNEMENTS ENFANT

Nom - Prénom :

Sexe : M ☐ F ☐

Nom et Prénom des responsables légaux :

1 Téléphone fixe : portable :

2 Téléphone fixe : portable :

AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphones fixe et portable
.....
.....
.....

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

VACCINS OBLIGATOIRES : Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (DT Polio) à jour : Oui ☐ Date dernier rappel :

VACCINS RECOMMANDÉS : Hépatite B : date ROR : date Coqueluche : date

AUTRES : Préciser :

Maladies dont l'enfant a été affecté :

Coqueluche ☐ Oreillons ☐ Rougeole ☐ Rubéole ☐ Scarlatine ☐ Varicelle ☐ Otite ☐ Angine ☐

Port de : Lunettes ☐ Lentilles ☐ Prothèses auditives ☐ Prothèses dentaires ☐ Autres :

SANTÉ DE L'ENFANT

<u>Allergies et/ou Troubles alimentaires</u> :	Oui	Non
Si oui, préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Asthme</u> :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	--------------------------

<u>Autre difficulté de santé</u> :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, préciser :		

<u>Allergie médicamenteuse</u> :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser le médicament :		

Informations complémentaires :

P.A.I. existant : Oui ☐ ➔ Fournir une copie du P.A.I. Le protocole d'urgence et la trousse médicale devront être donnés à l'école.

ASSURANCES

Nom du centre de sécurité sociale :

Assurance responsabilité civile : Assurance : N° :

N° Allocataire : CAF ☐ MSA ☐

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant. Je m'engage à informer la mairie et l'école sur toute modification.

A Chauray, le

Signature du ou des responsables légaux :