

**LA DEMANDE CONCERNE L'ENFANT :**

M  F

Nom: ..... Date de naissance : .....

Prénoms : ..... Lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

CP / Ville : .....

**LE(S) RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX) :**

	Parent 1 ou Tuteur légal	Parent 2
Nom	.....	.....
Prénom	.....	.....
Adresse (1)	.....	.....
CP / Ville	.....	.....
Téléphone fixe	.....	.....
Téléphone mobile	.....	.....
Courriel	.....	.....
Profession	.....	.....
Téléphone bureau	.....	.....

**Situation familiale :**

- Marié / pacsé / concubinage  
 Séparé / divorcé  
 Parent seul(e)
- Garde alternée  oui  non

(1) joindre une attestation de domicile

**LA FRATRIE :**

Nombre d'enfants dans la famille : ..... Nombre d'enfants dans l'école : \_\_\_\_\_

NOM					
Prénom					
Date de naissance					
Ecole fréquentée					

**AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE :**

Nom et prénom : .....  
Téléphone : .....  
Qualité (famille, voisin...) : .....

Nom et prénom : .....  
Téléphone : .....  
Qualité (famille, voisin...) : .....

Nom et prénom : .....  
Téléphone : .....  
Qualité (famille, voisin...) : .....

**ASSURANCE :**

Compagnie d'assurance : .....  
N° de contrat : .....

**SANTÉ :**

**Votre enfant porte-t-il des lunettes :** ..... **Oui  Non**   
Si oui, peut-il les laisser en classe le temps des récréations : ..... **Oui  Non**

**Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Plan d'Accueil Personnalisé)** **Oui  Non**   
A renouveler ..... **Oui  Non**   
Alimentaire ..... **Oui  Non**

**SCOLARITÉ :**

**Maintien  Classe .....**

**Votre enfant bénéficie-t-il d'une prise en charge extérieure.** **Oui  Non**   
Si oui, veuillez préciser (orthophoniste, CMP, CMPP...) avec le nom de la personne à contacter si besoin  
.....

**L'an dernier, votre enfant a-t-il bénéficié d'une aide particulière à l'école,** **Oui  Non**   
par le RASED

Si oui, veuillez préciser :  
 Psychologue scolaire  
 Enseignant spécialisé à dominante pédagogique (E)  
 Enseignant spécialisé à dominante relationnelle (G)

**ACTIVITES PERISCOLAIRES :**

Cantine : Non  Oui  Quels jours ? Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi   
Garderie du matin : Non  Oui  Quels jours ? Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi   
Garderie du soir : Non  Oui  Quels jours ? Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

**DIVERS :**

**Photographies / Vidéos / Enregistrement de la voix :** **Oui  Non**   
J'autorise mon enfant à être photographié, filmé ou enregistré dans le cadre exclusif des projets de classe et de l'école

**IMPORTANT : en inscrivant votre enfant dans notre école, vous vous engagez à respecter le code de l'Éducation et à respecter les obligations liées à l'assiduité.**

Date :

Signature des parents :