



DOSSIER D'INSCRIPTION – Ecole élémentaire

ANNEE SCOLAIRE 2018-2019

Cadre réservé à l'administration

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Livret de famille | <input type="checkbox"/> Carnet de santé |
| <input type="checkbox"/> Commune - Justificatif de domicile | <input type="checkbox"/> Hors commune - Justificatif de travail |

Vœu école N° 1 : Vœu école N° 2 :

Motif du choix de l'école :

ENFANT :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Garçon Fille

Lieu de naissance : Nationalité :

Classe et école fréquentées l'année précédente :

Frère(s) et/ou sœur(s) scolarisé(e)s dans une école de Vichy :

Nom - Prénom	Né(e) le	Ecole fréquentée	Lien avec l'enfant

RESPONSABLES LEGAUX :

Célibataire Divorcés Séparés Mariés Veuf (ve) Concubins Pacés

Responsable légal 1 :

Autorité parentale : Oui Non

Nom (Mr/Mme) :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Adresse mail :

Numéro allocataire CAF :

Profession :

Employeur (Nom et ville) :

.....

Téléphone travail :

Responsable légal 2 :

Autorité parentale : Oui Non

Nom (Mr/Mme) :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Adresse mail :

Numéro allocataire CAF :

Profession :

Employeur (Nom et ville) :

.....

Téléphone travail :

CONTACTS : (Personnes autres que les responsables légaux à appeler en cas d'urgence)

Contact 1 : (Mr/Mme)

Nom/Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone(s) :

Lien avec l'enfant :

Contact 2 : (Mr/Mme)

Nom/Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone(s) :

Lien avec l'enfant :

PERSONNES SUPPLEMENTAIRES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT :

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Date de réalisation du DT. POLIO :

L'enfant présente-t-il des signes d'allergies ? Oui Non Si oui, lesquelles :

L'enfant est-il asthmatique ? Oui Non Souffre-t-il d'eczéma ? Oui Non

L'enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) ? Oui Non

DROIT A L'IMAGE ET AUTORISATIONS :

Je soussigné(e), (Nom, Prénom), agissant en tant que représentant légal de l'enfant inscrit sur cette fiche,

- autorise la Ville de Vichy n'autorise pas la Ville de Vichy

à utiliser et/ou publier des visuels le concernant pour illustrer les différents supports d'information et de communication réalisés par la Ville de Vichy.

Je soussigné(e), autorise les services municipaux encadrant mon enfant à pratiquer les soins d'urgence, certifie exact les renseignements mentionnés dans ce dossier et m'engage à signaler tout changement (adresse, coordonnées, situation...) modifiant les indications de cette fiche.

Date :

Signature du représentant légal :