

FICHE D'INSCRIPTION SUR LA LISTE SCOLAIRE
Ecole primaire de Benon- Année scolaire 2020-2021

ÉLÈVE

NOM de famille : _____ NOM d'usage : _____ Sexe : M F

Prénom(s) : _____ / _____ / _____

Né(e) le : / / Lieu de naissance (pays : _____ département : _____ commune _____)

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____ Date d'inscription : _____

Niveau demandé : PS MS GS CP

RESPONSABLES LÉGAUX*

Mère NOM de famille: _____ Autorité parentale : Oui Non

NOM d'usage : _____ Prénom : _____

Adresse : _____
(si différente de celle de l'élève)

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____ Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

Courriel : _____ @ _____

Profession : _____

Père NOM de famille: _____ Autorité parentale : Oui Non

NOM d'usage : _____ Prénom : _____

Adresse : _____
(si différente de celle de l'élève)

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____ Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

Courriel : _____ @ _____

Profession : _____

Autre responsable légal *(personne physique ou morale)

_____ Autorité parentale : Oui Non

Organisme : _____ Personne référente : _____

Fonction : _____ Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Téléphone portable : _____

Courriel : _____ @ _____

SCOLARITE ANTERIEURE (sauf première inscription)

ANNEE(S) SCOLAIRE(S)	COURS SUIVI(S)	ETABLISSEMENT(S) FREQUENTE(S) – VILLE(S)

PERSONNES AUTORISEES A VENIR PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE (autres que les parents)

NOM : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____

Téléphone portable : _____

NOM : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____

Téléphone portable : _____

NOM : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____

Téléphone portable : _____

FRERES ET (OU) SOEURS

NOM	PRENOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE	ETABLISSEMENT FREQUENTE	COURS SUIVI

INFORMATIONS MEDICALESL'enfant porte-t-il des lunettes ? Oui Non Si oui, les garde-t-il :En classe : Oui Non En récréation : Oui Non Pendant les activités sportives : Oui
Non

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade peut-être orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. Il est alors confié par l'école aux services de soins. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Date du dernier vaccin antitétanique : / / (pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

.....
.....

Renseignements particuliers concernant la santé de l'enfant (allergies, contre-indications médicales, traitement en cours, précautions particulières à prendre...) :

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

ASSURANCE – Société : N° de police :

L'enfant est assuré par une assurance comportant les garanties :
responsabilité civile OUI NON individuelle accident OUI NON (veuillez fournir l'attestation à la rentrée)**AUTORISATIONS**Autorisez-vous l'école à communiquer votre adresse aux associations de parents d'élèves ? OUI
NON Autorisez-vous l'école à communiquer votre adresse aux parents élus représentants au Conseil d'Ecole ? OUI
NON

Comme responsable légal, vous gardez le pouvoir de revenir sur votre autorisation à tout moment en informant par écrit la directrice de l'école.