

**ECOLE MATERNELLE**

Les Frontailles  
 73250 SAINT PIERRE D'ALBIGNY  
 Tél : 04 79 28 60 51  
 Courriel: [ce.0730350J@ac-grenoble.fr](mailto:ce.0730350J@ac-grenoble.fr)  
 Site d'école:  
<http://ecolelesfrontailles.toutemonecole.com>

**2023-2024**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**  
**Restauration scolaire– Accueils périscolaires matin et soir**

**IMPORTANT:** Tout changement (situation familiale, adresse, n° de téléphone, santé...) devra être signalé le plus rapidement possible.

**NOM PRENOM de l'enfant** ..... M  F

Adresse .....

Tel. Domicile .....

Né(e) le : .../.../.....Lieu de naissance (commune et département) (1).....

Niveau de classe : .....

(1)Pays si hors de France

**NOM PRENOM de la mère** .....  
 (ou représentant légal)

Adresse si différente : .....

Tel. Domicile ..... Portable .....

Mail ..... Tel. Professionnel .....

Nom de l'employeur ..... Profession.....

**NOM PRENOM du père** .....  
 (ou représentant légal)

Adresse si différente : .....

Tel. Domicile ..... Portable .....

Mail ..... Tel. Professionnel .....

Nom de l'employeur ..... Profession.....

**SITUATION DES PARENTS**

MARIE	<input type="checkbox"/>	EN COUPLE	<input type="checkbox"/>	PACSE	<input type="checkbox"/>	SEPRE	<input type="checkbox"/>	DIVORCE	<input type="checkbox"/>	VEUF(E)	<input type="checkbox"/>	CELIBATAIRE	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-----------	--------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------	---------	--------------------------	---------	--------------------------	-------------	--------------------------

**RESPONSABLES LEGAUX :** .....

Déplacement domicile-école : Seul  Accompagné  Transport scolaire

**Médecin traitant**

**NOM PRENOM** .....

Adresse : ..... Tel. ....

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Vaccinations : copie du carnet

PAI : OUI  NON

Indiquez ci-dessous toute maladie ou problème médical nécessitant la prise de médicaments et l'établissement d'un Protocole d'Accueil Individualisé (allergie, asthme, épilepsie....)

.....  
En cas d'allergie alimentaire, votre enfant sera accueilli en restauration scolaire uniquement avec un panier repas.

Régime alimentaire:  Avec viande  Sans viande  Sans porc

Lunettes :

Si votre enfant porte des lunettes, il doit les porter :

En permanence  en classe uniquement

**En cas d'accident ou d'urgence**, l'école, les services périscolaires, s'efforcent de prévenir **la famille.**

**Personne à contacter et/ou autorisées à prendre l'enfant à la sortie :**

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone	A appeler en cas d'urgence	Autorisé à prendre l'enfant

Autorisation (à remplir par les deux parents ou représentant légal)

Mère ou représentant légal :

- Je souhaite communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves
- Je ne souhaite pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves

Père ou représentant légal :

- Je souhaite communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves
- Je ne souhaite pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves

Date :

Signature de la mère :

Signature du père :

**A JOINDRE IMPERATIVEMENT**

- Attestation d'assurance scolaire
- Attestation de quotient familial **à défaut le tarif le plus élevé est appliqué**
- Engagement des parents pour le règlement général périscolaire et du guichet unique
- Autorisation droit à l'image  oui  non

**A JOINDRE SI CHANGEMENT ET POUR TOUTE NOUVELLE INSCRIPTION**

- Copie du carnet de santé
- RIB + Autorisation de prélèvement