



## Fiche 2 : Pré-inscription à l'école du Chêne Année scolaire 2024-2025

Tampon et date de validation en mairie le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Une fois cette fiche validée en mairie, il faut prendre contact avec l'école pour l'inscription définitive

☎ 04 74 72 38 30 – Mail : ce.0693644l@ac-lyon.fr

### Renseignements concernant l'élève

NOM ..... Prénom .....

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu de naissance .....Département \_\_\_\_

Classe suivie à la rentrée 2024/2025 .....

Prénom de  sa sœur (ou  son frère) ..... Age .....

Prénom de  sa sœur (ou  son frère) ..... Age .....

Prénom de  sa sœur (ou  son frère) ..... Age .....

### Renseignements concernant le parent 1

NOM ..... Prénom .....

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Titulaire de l'autorité parentale :  oui  non

Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Pacsé(e)  Concubin(e)  Veuf(ve)

Profession : .....

Adresse domicile actuel : n° ..... voie .....

Code postal .....Commune .....

Téléphone portable\* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Autre téléphone \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Mail\* .....

### Renseignements concernant le parent 2

NOM ..... Prénom .....

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Titulaire de l'autorité parentale :  oui  non

Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Pacsé(e)  Concubin(e)  Veuf(ve)

Profession : .....

Adresse domicile actuel : n° ..... voie .....

Code postal .....Commune .....

Téléphone portable\* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Autre téléphone \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Mail\* .....

**Autre Responsable légal (personne physique ou morale) : remplir la feuille annexe page 4**

\*Mention obligatoire

**Autre personne autorisée à récupérer l'enfant et/ou à appeler en cas d'urgence**

NOM ..... Prénom .....

Lien avec l'enfant.....

Adresse domicile actuel : n° ..... voie .....

Code postal .....Commune .....

Téléphone portable\* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Autre téléphone \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

autorisé à récupérer l'enfant  à appeler en cas d'urgence

**Autre personne autorisée à récupérer l'enfant et/ou à appeler en cas d'urgence**

NOM ..... Prénom .....

Lien avec l'enfant.....

Adresse domicile actuel : n° ..... voie .....

Code postal .....Commune .....

Téléphone portable\* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Autre téléphone \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

autorisé à récupérer l'enfant  à appeler en cas d'urgence

**Autre personne autorisée à récupérer l'enfant et/ou à appeler en cas d'urgence**

NOM ..... Prénom .....

Lien avec l'enfant.....

Adresse domicile actuel : n° ..... voie .....

Code postal .....Commune .....

Téléphone portable\* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Autre téléphone \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

autorisé à récupérer l'enfant  à appeler en cas d'urgence

**Autre personne autorisée à récupérer l'enfant et/ou à appeler en cas d'urgence**

NOM ..... Prénom .....

Lien avec l'enfant.....

Adresse domicile actuel : n° ..... voie .....

Code postal .....Commune .....

Téléphone portable\* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Autre téléphone \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

autorisé à récupérer l'enfant  à appeler en cas d'urgence

Inscription au périscolaire	
Garderie du matin : <input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi	<u>Allergies</u> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, détailler : .....
Garderie du soir : <input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi	<u>Traitement</u> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, détailler : .....
Restaurant scolaire : <input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi	

Assurance et santé de l'enfant	
Compagnie d'assurance .....	<u>Médecin traitant</u> : Dr .....
N° police assurance .....	Commune .....
Responsabilité civile <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Téléphone ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Individuelle accident : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Autorisations et refus	
<b>Parent 1</b> <input type="checkbox"/> En cas d'urgence, j'autorise la mairie à appeler les services de secours et d'urgence et à faire transporter mon enfant vers l'hôpital (ou clinique) le plus adapté à son état de santé. <input type="checkbox"/> Je m'engage à signaler tout changement dans les données renseignées sur cette fiche <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas communiquer mes coordonnées aux associations de parents d'élèves <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités périscolaires Date ____ / ____ / ____ Signature	<b>Parent 2</b> <input type="checkbox"/> En cas d'urgence, j'autorise la mairie à appeler les services de secours et d'urgence et à faire transporter mon enfant vers l'hôpital (ou clinique) le plus adapté à son état de santé. <input type="checkbox"/> Je m'engage à signaler tout changement dans les données renseignées sur cette fiche <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas communiquer mes coordonnées aux associations de parents d'élèves <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités périscolaires Date ____ / ____ / ____ Signature

**Feuille annexe :**

**Si un adulte (autre que les parents) est responsable de l'enfant, merci de remplir cette fiche**

**Autre responsable légal (personne physique ou morale)**

NOM ..... Prénom .....

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Titulaire de l'autorité parentale :  oui  non

Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Pacsé(e)  Concubin(e)  Veuf(ve)

Profession : .....

Adresse domicile actuel : n° ..... voie .....

Code postal ..... Commune .....

Téléphone portable\* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Autre téléphone \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Mail\* .....

**Autorisations et refus**

**Autre responsable légal (personne physique ou morale)**

En cas d'urgence, j'autorise la mairie à appeler les services de secours et d'urgence et à faire transporter mon enfant vers l'hôpital (ou clinique) le plus adapté à son état de santé.

Je m'engage à signaler tout changement dans les données renseignées sur cette fiche

Je ne souhaite pas communiquer mes coordonnées aux associations de parents d'élèves

Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités périscolaires

Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature