

Responsable (payeur de l'enfant)Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

Domicile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Nom d'usage : Mobile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Prénom : Travail : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse :

E-mail @

Situation de famille : Quotient Familial :

ConjointCivilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

Domicile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Nom d'usage : Mobile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Prénom : Travail : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse :

E-mail @

Situation de famille :

Nom du médecin traitant de la famille :

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Enfant 1Nom, Prénom : Sexe : ☐ masculin ☐ féminin

Né(e) le : ____ / ____ / ____ Niveau scolaire (2024/2025) :

Type repas (ex : sans sucre) : Allergie (alimentaire ou autre) :

Parenté avec responsable (ex : père/mère) : Parenté avec conjoint :

☐ P.A.I. ☐ Droit à l'image ☐ Autorisé à rentrer seul ☐ Soins d'urgenceGarde alternée : ☐ (Si coché, merci de préciser le rythme de garde :)**Enfant 2**Nom, Prénom : Sexe : ☐ masculin ☐ féminin

Né(e) le : ____ / ____ / ____ Niveau scolaire (2024/2025) :

Type repas (ex : sans sucre) : Allergie (alimentaire ou autre) :

Parenté avec responsable (ex : père/mère) : Parenté avec conjoint :

☐ P.A.I. ☐ Droit à l'image ☐ Autorisé à rentrer seul ☐ Soins d'urgenceGarde alternée : ☐ (Si coché, merci de préciser le rythme de garde :)**Enfant 3**Nom, Prénom : Sexe : ☐ masculin ☐ féminin

Né(e) le : ____ / ____ / ____ Niveau scolaire (2024/2025) :

Type repas (ex : sans sucre) : Allergie (alimentaire ou autre) :

Parenté avec responsable (ex : père/mère) : Parenté avec conjoint :

☐ P.A.I. ☐ Droit à l'image ☐ Autorisé à rentrer seul ☐ Soins d'urgenceGarde alternée : ☐ (Si coché, merci de préciser le rythme de garde :)**Enfant 4**Nom, Prénom : Sexe : ☐ masculin ☐ féminin

Né(e) le : ____ / ____ / ____ Niveau scolaire (2024/2025) :

Type repas (ex : sans sucre) : Allergie (alimentaire ou autre) :

Parenté avec responsable (ex : père/mère) : Parenté avec conjoint :

☐ P.A.I. ☐ Droit à l'image ☐ Autorisé à rentrer seul ☐ Soins d'urgenceGarde alternée : ☐ (Si coché, merci de préciser le rythme de garde :)



Merci d'indiquer uniquement les contacts autres que le responsable et conjoint cités ci-dessus

Contact 1

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom d'usage, Prénom :

Lien de parenté avec le ou les enfant(s) :

 Domicile : ____/____/____/____/____  Mobile : ____/____/____/____/____

☐ Personne autorisée à prendre l'enfant



☐ Personne à prévenir en cas d'urgence

Contact 2

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom d'usage, Prénom :

Lien de parenté avec le ou les enfant(s) :

 Domicile : ____/____/____/____/____  Mobile : ____/____/____/____/____

☐ Personne autorisée à prendre l'enfant

☐ Personne à prévenir en cas d'urgence

Contact 3

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom d'usage, Prénom :

Lien de parenté avec le ou les enfant(s) :

 Domicile : ____/____/____/____/____  Mobile : ____/____/____/____/____

☐ Personne autorisée à prendre l'enfant

☐ Personne à prévenir en cas d'urgence

Précisez dans cet encart toute information complémentaire que vous jugerez nécessaire :

Merci de nous transmettre votre quotient familial et attestation d'assurance

Je soussigné(e)

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette demande,
et avoir pris connaissance des mentions légales ci-dessous

MENTIONS LEGALES :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont collectées par la Mairie de Barbières pour l'inscription scolaire/périscolaire. Elles sont destinées à l'école communale et aux services administratifs.
Conformément au Règlement Général de la Protection des Données en vigueur depuis le 25 mai 2018, vous pouvez demander à exercer vos droits d'accès, d'opposition, de modification, de rectification et d'effacement de vos données personnelles en contactant la commune de Barbières.

Le
Signature

Nom Prénom :