

**FICHE D'INSCRIPTION
A L'ACCUEIL DU MATIN**Photo de
l'enfant
2026**A retourner à la mairie au plus tard le 03 août 2026**

Documents à fournir : - Photocopie des vaccinations à jour
- Attestation d'assurance extrascolaire 2026-2027

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Classe à la rentrée : ☐ CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2**IDENTIFICATION DES PARENTS****Père**

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Adresse mail : _____

Employeur : _____ Téléphone : _____

Mère

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse (si différente du père) : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Adresse mail : _____

Employeur : _____ Téléphone : _____

Adresse mail d'envoi des factures : _____

INFORMATIONS GENERALES

N° d'affiliation CAF : _____

N° de Sécurité Social (auquel est affilié l'enfant) : _____

INSCRIPTION A L'ACCUEIL DU MATINL'accueil du matin a lieu de 7h30 à 8h10 : **10A RUE DE LORRAINE**

🔗 Jours réguliers d'inscription dans la semaine :

☐ lundi☐ mardi☐ jeudi☐ vendredi

Autre personne à joindre en cas de besoin dans ce créneau horaire :

Nom : _____ téléphone : _____

Personnes majeures autorisées à venir chercher l'enfant (en cas de problème) :

1/ NOM : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Lien de parenté ou autre : _____

2/ NOM : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Lien de parenté ou autre : _____

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Suit-il un traitement médical ? ☐ non ☐ oui

Si oui, lequel : _____

Dans ce cas, venez à la rencontre du personnel pour leur remettre les médicaments en joignant : Copie de l'ordonnance / médicaments dans leur emballage sur lequel figure la posologie et le nom de l'enfant / autorisation écrite du responsable de l'enfant.

Nom du Médecin traitant : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Est-il allergique ? ☐ non ☐ oui

Si oui, précisez : _____

Autre renseignement utile à préciser : _____

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné(e) _____, agissant en qualité de représentant légal, autorise, en cas d'urgence, le responsable à faire intervenir les services de soins habilités à l'enfant.

Signature :

EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS ET REGLEMENT INTERIEUR

Je déclare :

- que les renseignements portés sur ce document sont exacts
- avoir pris connaissance du règlement intérieur en l'approuvant dans son intégralité.

Fait à : _____ le _____

Signature :