



Groupe scolaire Simone Veil - Inscription année scolaire :

Niveau : Petite Section

Enfant(s) concerné(s) par le dossier :

	Nom	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance
Enfant				

<u>Représentant légal 1 ou tuteur légal</u>	<u>Autorité parentale :</u>	Oui	Non
Nom d'usage :	Prénom :		
Nom de naissance :	Qualité (père, mère, tuteur) :		
Adresse :			
Code postal :	Ville :		
Profession :			
Téléphone fixe :	Téléphone portable :		Téléphone professionnel :
.....
Adresse mail :			

<u>Représentant légal 2</u>	<u>Autorité parentale :</u>	Oui	Non
Nom d'usage :	Prénom :		
Nom de naissance :	Qualité (père, mère, tuteur) :		
Adresse :			
Code postal :	Ville :		
Profession :			
Téléphone fixe :	Téléphone portable :		Téléphone professionnel :
.....
Adresse mail :			

<u>Fratrie</u> : (indiquer les prénoms, noms et dates de naissance des frères et sœurs)
--





SURY LE COMTAL

Personnes autorisées à prendre en charge l'enfant (en dehors des parents)

Personne 1 :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Lien avec l'enfant :

Ami Assistante maternelle Grands-parents Autres, précisez :

Personne 2 :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Lien avec l'enfant :

Ami Assistante maternelle Grands-parents Autres, précisez :

Personne 3 :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Lien avec l'enfant :

Ami Assistante maternelle Grands-parents Autres, précisez :





SURY LE COMTAL

Personnes à prévenir en cas d'urgence, hormis les parents (minimum deux)

Personne 1 :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Lien avec l'enfant :

Ami Assistante maternelle Grands-parents Autres, précisez :

Personne 2 :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Lien avec l'enfant :

Ami Assistante maternelle Grands-parents Autres, précisez :

Personne 3 :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Lien avec l'enfant :

Ami Assistante maternelle Grands-parents Autres, précisez :





SURY LE COMTAL

Informations médicales :

Allergies :

Traitement médical :

Autorisations : (à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes)

Représentant légal 1 ou tuteur légal :

Nom, prénom :

	OUI	NON
Communication de l'adresse postale aux associations de parents d'élèves		
Filmer / photographier mon enfant dans le cadre des activités scolaires		
Consommation d'aliments préparés à l'école ou apportés emballés par les parents de l'école		

Représentant légal 2 :

Nom, prénom :

	OUI	NON
Communication de l'adresse postale aux associations de parents d'élèves		
Filmer / photographier mon enfant dans le cadre des activités scolaires		
Consommation d'aliments préparés à l'école ou apportés emballés par les parents de l'école		

Je m'engage à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date :

Signature :

Signature :

Les données renseignées sur cette fiche seront prises en compte par le directeur d'école dans le logiciel de l'Education Nationale « Base Elèves 1^{er} degré ». Le Maire de la commune est également destinataire de ces données dans le cadre de ses compétences légales en matière d'inscription scolaire et de contrôle de l'obligation scolaire.

Le droit d'accès et de rectification des personnes aux données les concernant s'exerce auprès du directeur d'école, de l' IEN de circonscription ou de l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'Education Nationale dans les conditions définies par les articles 39 et 40 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiées par la loi n°2004-801 du 6 août 2004.

