



**2023-2024**

**NOUVELLE FAMILLE**

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT : .....

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT : .....

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT : .....

**RESPONSABLE 1 (FACTURATION):**

NOM:.....

PRÉNOM:.....

ADRESSE:.....

TÉL DOMICILE:.....

TÉL PORTABLE: .....

TÉL TRAVAIL:.....

EMPLOYEUR .....

PROFESSION:.....

MAIL: .....

**RESPONSABLE 2:**

NOM:.....

PRÉNOM:.....

ADRESSE:.....

TÉL DOMICILE: .....

TÉL PORTABLE: .....

TÉL TRAVAIL: .....

EMPLOYEUR: .....

PROFESSION: .....

MAIL: .....

**RÉGIME:**

CAF/MSA N°:.....

**Documents à joindre  
impérativement au dossier**

Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.

Fiches sanitaires

Attestation de Quotient

Familial (CAF ou MSA ou

Autre) ou dernier avis

d'imposition sur les revenus

Attestation d'assurance

scolaire/extrascolaire avec

responsabilité civile

Copie des pages de

vaccination du carnet de

santé (MISE A JOUR

SEULEMENT)

Pages des règlements

intérieur (périscolaire et/ou

centre de loisirs)

Autorisation de

reproduction ou de

diffusion d'image

Copie des cartes d'identité

des personnes autorisées à

recupérer votre/vos

enfant(s) (si changements)

Charte de Bonne conduite

remplies et signée

**Personne(s) autorisée(s) à récupérer votre/vos enfant(s)**

Merci de joindre les copies des cartes d'identité

**PERSONNE 1:**

NOM-

PRÉNOM:.....

.TÉ:L..... LIEN DE PARENTÉ.....

**PERSONNE 2:**

NOM-

PRÉNOM:.....

.TÉ:L..... LIEN DE PARENTÉ.....

**PERSONNE 3:**

NOM-

PRÉNOM:.....

.TÉ:L..... LIEN DE PARENTÉ.....

**AUTRE CONTACT EN CAS D'URGENCE**

NOM-

PRÉNOM:.....

.TÉ:L..... LIEN DE PARENTÉ.....

### ENFANT 1:

NOM:.....  
PRÉNOM:.....  
DATE DE NAISSANCE:.....  
ÂGE:.....  
CLASSE/SECTION: .....  
ECOLE: .....

## Renseignements médicaux

Merci d'entourer la mention le cas échéant.

POUR LA MISE EN PLACE D'UN PAI, MERCI DE  
CONTACTER Amélie FILOSA Au 07-87-08-53-11

- Maladie chronique nécessitant une prise de médicament/ injection/ ponctuelle ou d'urgence
- Handicap moteur/visuel/auditif/ ou autre maladie invalidante
- Allergie / Intolérance alimentaire
- Dyslexie/dysorthographe/dyspraxie/dysphasie/ autre DYS/ TDAH
- Régime alimentaire :
- Autres

### ENFANT 2:

NOM:.....  
PRÉNOM:.....  
DATE DE NAISSANCE:.....  
ÂGE:.....  
CLASSE/SECTION: .....  
ECOLE: .....

## Renseignements médicaux

Merci d'entourer la mention le cas échéant.

POUR LA MISE EN PLACE D'UN PAI, MERCI DE  
CONTACTER Amélie FILOSA Au 07-87-08-53-11

- Maladie chronique nécessitant une prise de médicament/ injection/ ponctuelle ou d'urgence
- Handicap moteur/visuel/auditif/ ou autre maladie invalidante
- Allergie / Intolérance alimentaire
- Dyslexie/dysorthographe/dyspraxie/dysphasie/ autre DYS/ TDAH
- Régime alimentaire :
- Autres

### ENFANT 3:

NOM:.....  
PRÉNOM:.....  
DATE DE NAISSANCE:.....  
ÂGE:.....  
CLASSE/SECTION: .....  
ECOLE: .....

## Renseignements médicaux

Merci d'entourer la mention le cas échéant.

POUR LA MISE EN PLACE D'UN PAI, MERCI DE  
CONTACTER Amélie FILOSA Au 07-87-08-53-11

- Maladie chronique nécessitant une prise de médicament/ injection/ ponctuelle ou d'urgence
- Handicap moteur/visuel/auditif/ ou autre maladie invalidante
- Allergie / Intolérance alimentaire
- Dyslexie/dysorthographe/dyspraxie/dysphasie/ autre DYS/ TDAH
- Régime alimentaire :
- Autres

## Médecin de famille

Nom:.....  
Tél.....  
Adresse:.....  
.....

## Autorisation de soins:

Je soussigné(e) M. -Mme

....., déclare  
avoir pris connaissance qu'en cas d'urgence, il  
sera fait appel au 15 et que le médecin  
régulateur des urgences décidera des  
mesures les plus appropriées à l'état de mon  
enfant. Je m'engage à venir le chercher dans  
les plus brefs délais ou à sa sortie d'hôpital.

Date:

Signatures:

**« Les données personnelles collectées dans ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné au suivi des inscriptions scolaires/périscolaires/extrascolaire de votre enfant. Elles sont transmises aux personnels administratifs de la collectivité et à l'école. Ces données seront conservées le temps légal réglementaire. Conformément au Règlement Général de la Protection des Données en vigueur depuis le 25 mai 2018 et selon la législation en cours, vous pouvez exercer vos droits d'accès, d'opposition, de modification, de rectification et d'effacement de vos données personnelles en contactant la commune de Génissieux. »**

**Le Nom Prénom :  
Signature**