



NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT :

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT :

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT :

2024-2025

NOUVELLE FAMILLE

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

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 récupérer 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:.....

Tél:..... 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**