



NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT :

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT :

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT :

2026-2027

NOUVELLE FAMILLE

**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)

☐

Charte de Bonne conduite
remplie et signée

RESPONSABLE 1 (FACTURATION):

NOM:.....PRÉNOM:.....

DATE DE NAISSANCE

LIEU DE NAISSANCE

ADRESSE:.....

TÉL DOMICILE:.....

TÉL PORTABLE:

TÉL TRAVAIL:.....

PROFESSION:.....

MAIL:.....

RESPONSABLE 2:

NOM:.....PRÉNOM:.....

Date de naissance

Lieu de naissance

ADRESSE:.....

TÉL DOMICILE:.....

TÉL PORTABLE:

TÉL TRAVAIL:.....

PROFESSION:.....

MAIL:

RÉGIME:

CAF/MSA N°:.....

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

- Régime alimentaire : sans porc sans viande Normal. sans poisson
- 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
- 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

- Régime alimentaire : sans porc sans viande Normal. sans poisson
- 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
- 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

- Régime alimentaire : sans porc sans viande Normal sans poisson
- 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
- 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. »

Signature:

Nom Prénom :