

Fiche d'inscription

A COMPLÉTER ET A RETOURNER



École Sainte-Anne
Skol Santez Anna

Date de rentrée : ___/___/20___

ENFANT

Nom : Prénom :

Sexe : Date de naissance :

Lieu de naissance : Nationalité :

Classe : Bilingue : Oui Non

École précédente : École : Privée Publique

RESPONSABLE(S) Situation de famille :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Nom de jeune fille :

Profession :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Téléphone du travail :

Courriel :

Autorise les associations de l'école (APEL-DIHUN-OGEC) à utiliser mon courriel dans le cadre unique d'une communication interne (sorties scolaires, manifestations, infos...).

N'autorise pas les associations de l'école (APEL-DIHUN-OGEC) à utiliser mon courriel.

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Nom de jeune fille :

Profession :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Téléphone du travail :

Courriel :

Autorise les associations de l'école (APEL-DIHUN-OGEC) à utiliser mon courriel dans le cadre unique d'une communication interne (sorties scolaires, manifestations, infos...).

N'autorise pas les associations de l'école (APEL-DIHUN-OGEC) à utiliser mon courriel.

ADRESSE PRINCIPALE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT

Rue/lieu-dit :

Code postal : Commune :

Téléphone domicile : Courriel :

SITUATION DES ENFANTS DE LA FAMILLE

Nom Prénom	Date de naissance	Situation

Suite au verso .../...

SORTIE DE L'ÉCOLE (à cocher)

Situation	Midi	Soir
Avec ses parents		
Sous la responsabilité de l'aîné		
Seul		
Par le car scolaire		
Accompagné par un autre adulte		

AUTORISATION DE PERSONNES VENANT CHERCHER L'ENFANT

Nom	Prénom	Qualité (parent, voisin, ...)

INFORMATIONS MÉDICALES

Médecin traitant Nom : Téléphone :
 Adresse :
 Code postal : Ville :

En cas d'accident La délégation de pouvoir complétée et signée lors de l'inscription reste valable.
 Prévenir : Téléphone :
 Observations :

Contre-indications médicales :

Allergies :

Photocopie des vaccins jointe au dossier

L'enfant prend-il un traitement médical en permanence : Oui Non
 Si oui, lequel :

Observations particulières que vous jugez utile de porter à la connaissance de l'école :

A-t-il une contre-indication pour le sport ? Si oui, laquelle :

AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Nous soussignés, Madame et/ou Monsieur autorisons l'hospitalisation de
 notre fille/fils..... au cas où il/elle serait victime d'un accident.

REGLEMENT INTÉRIEUR

Certifie avoir pris connaissance le règlement intérieur de l'école, y adhérer, et mettre tout en œuvre afin de le faire respecter.
 Fait à, le

Signature des parents