

## FICHE D'INSCRIPTION 2025 – 2026

Nom			
Prénom			
Date de naissance	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___
Classe (en sept. 2025)			
Ecole	<input type="checkbox"/> Les Peupliers <input type="checkbox"/> Grain de Soleil	<input type="checkbox"/> Les Peupliers <input type="checkbox"/> Grain de Soleil	<input type="checkbox"/> Les Peupliers <input type="checkbox"/> Grain de Soleil
Inscription	<input type="checkbox"/> Périscolaire <input type="checkbox"/> Accueil de loisirs 2025	<input type="checkbox"/> Périscolaire <input type="checkbox"/> Accueil de loisirs 2025	<input type="checkbox"/> Périscolaire <input type="checkbox"/> Accueil de loisirs 2025
Allergies alimentaires, Si oui précisez	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres allergies Si oui, précisez	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres informations de santé			
Vaccin DTPOLIO	<b>JOINDRE OBLIGATOIREMENT COPIE DES VACCINS (si nouveau vaccin)</b>		

### Accueil périscolaire

☐ **Planning régulier**, veuillez cocher les cases des jours où votre enfant viendra au périscolaire :

	LUNDI		MARDI		JEUDI		VENDREDI	
	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir
Prénom :								
Prénom :								
Prénom :								

Eventuellement *précisions* (semaine paire, semaine impaire, toutes les 3 semaines).....

.....

.....

☐ Planning irrégulier, je m'engage à envoyer mon planning par le site internet.

**PARENTS 1**

NOM : .....  
PRENOM : .....  
ADRESSE : .....  
.....  
TEL. DOMICILE : .....  
TEL PORTABLE : .....  
TEL. TRAVAIL : .....  
LIEU DE TRAVAIL : .....  
MAIL : .....

**PARENTS 2**

NOM : .....  
PRENOM : .....  
ADRESSE : .....  
.....  
TEL. DOMICILE : .....  
TEL PORTABLE : .....  
TEL. TRAVAIL : .....  
LIEU DE TRAVAIL : .....  
MAIL : .....

SITUATION FAMILIALE : (célibataire, marié, pacsé, séparé, divorcé) : .....

REGIME ALLOCATAIRE N° Allocataire (CAF ou MSA) : .....

☐ J'autorise la directrice à consulter mon quotient familial. Dans le cas contraire, je fournis impérativement la copie de l'attestation de quotient familial en septembre et janvier

**AUTORISATIONS PARENTALES PERMANENTES:**

☐ En cas d'urgence, j'autorise l'équipe d'encadrement à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

☐ Autorise les personnes ci-dessous à venir chercher mon (mes) enfant(s)

Nom / prénom : ..... Lien de parenté : .....

Nom / prénom : ..... Lien de parenté : .....

Nom / prénom : ..... Lien de parenté : .....

☐ Autorise mon enfant, à partir de 7 ans, à repartir seul, à pied ou à vélo.

☐ Autorise mon enfant à être photographié ou filmé pour diffusion interne ou pour la presse locale.

☐ Accepte que l'association Familles Rurales de St André, conserve mon adresse mail à des fins non commerciales, seulement pour les besoins de communication de l'association.

☐ Je confirme avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement

Je soussigné (e) ..... responsable légal de(s) enfant (s) nommé (s)  
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à .....,

Signature :

Le .....