

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 | JOINDRE OBLIGATOIREEMENT COPIE DES VACCINS (si nouveau vaccin) | | |

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