



Année scolaire 2021-2022

Sylvere

RPI ROCLINCOURT- ECURIE

DOSSIER d'Inscription à l'école à déposer en mairie d'ECURIE ou ROCLINCOURT

ÉLÈVE

NOM : _____ NOM d'usage : _____ Sexe : M F

Prénom(s) : _____/_____/_____

Né(e) le : __/__/____ Lieu de naissance (commune et département) (1) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

☞ **Mère** : Autorité parentale Oui Non

NOM de jeune fille : _____

NOM marital (nom d'usage) : _____ Prénom : _____

Profession : _____ Situation familiale (2) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

☎ Tél. domicile : _____ ☎ Tél. portable : _____

☎ Tél. travail : _____ N° de poste : _____

@ Courriel : _____

☞ **Père** : Autorité parentale Oui Non

NOM : _____ Prénom : _____

Profession : _____ Situation familiale (2) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

☎ Tél. domicile : _____ ☎ Tél. portable : _____

☎ Tél. travail : _____ N° de poste : _____

@ Courriel : _____

AUTRE RESPONSABLE LEGAL (personne physique ou morale) Autorité parentale : Oui Non

Organisme : _____

Fonction : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

☎ Tél. domicile : _____ ☎ Tél. portable : _____

☎ Tél. travail : _____ N° de poste : _____

@ Courriel : _____

(1) Pays si hors de France

(2) Célibataire - Marié(e) - Veuf(ve) - Divorcé(e) - Séparé(e) - Concubin(e) - Pacsé(e)

* Responsables légaux : Il est important de renseigner le document concernant les deux responsables légaux pour .

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE

NOM : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence
 Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____
 Tél. travail : _____ N° de poste : _____

NOM : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence
 Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____
 Tél. travail : _____ N° de poste : _____

NOM : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence
 Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____
 Tél. travail : _____ N° de poste : _____

INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES**Frères et Sœurs**

	<i>nom</i>	<i>prénom</i>	<i>Age, classe</i>	<i>établissement</i>
Garderie matin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Garderie soir <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Restaurant scolaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Transport scolaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : Oui Non Individuelle Accident : Oui Non

Compagnie d'assurance: _____

Numéro de police d'assurance : _____

Nous nous engageons à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Le/09/20.....

Signature de la mère

Signature du père





FICHE D'URGENCE A L'ATTENTION DES PARENTS

Année scolaire 2021-2022

Sylvere **_RPI** ROCLINCOURT- ECURIE

Nom :

Prénom :

Classe :

Date de naissance :/ /

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

N° et adresse du centre de sécurité sociale :

N° et adresse de l'assurance scolaire :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

1. N° de téléphone du domicile : portable du père :

portable de la mère :

2. N° du travail du père : Poste :

3. N° du travail de la mère : Poste :

4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...)

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :