Ecole de Colombey-les-Belles

# Fiche d’inscription

Année 2020 – 2021

## **L’élève**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom |  | Classe |  |
| Prénom |  | Adresse |  |
| Date de naissance |  |
| Lieu de naissance |  | Téléphone |  |

Liste rouge : OUI – NON

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L’élève porte-t-il des lunettes en classe ? | | | Oui | Non |  | |
| L’élève porte-t-il des lunettes en récréation ou en EPS ? | | | Oui | Non |  | |
| L’élève mange-t-il à la cantine ? | Oui tous les jours | Oui certains jours : ………………… | | | | Non |
| L’élève prend-il le bus ? | Oui tous les jours | Oui certains jours : ………………… | | | | Non |

## **Le(s) responsable(s) de l’enfant**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Qui est le représentant légal de l’enfant ?** *(rayer les mentions inutiles)* | | |
| Les deux parents | Le père seulement | La mère seulement |
| Une autre personne (préciser laquelle) : | | |

## **Coordonnées des parents**

En cas de divorce ou de garde partagé nous fournir le jugement du tribunal.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Père | Nom |  | Profession |  |
| Prénom |  | Tél. domicile |  |
| Adresse *(si différente de l’enfant)* |  | Tél. travail |  |
| Portable |  |
| Adresse mail |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Mère | Nom |  | Profession |  |
| Prénom |  | Tél. domicile |  |
| Adresse *(si différente de l’enfant)* |  | Tél. travail |  |
| Portable |  |
| Adresse mail |  |

## **Le médecin de famille**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Adresse |  |
| Téléphone |  |

## **Personnes à prévenir en cas d’urgence**

Dans tous les cas, les parents sont prévenus en premier ; en cas d’indisponibilité, les personnes ci-dessous pourront être sollicitées.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom et prénom | Lien avec l’enfant | Téléphone domicile | Téléphone travail | Portable |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## **L’assurance scolaire** **(Veuillez fournir à l’école une attestation d’assurance)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la compagnie d’assurance |  |
| Numéro du contrat couvrant l’enfant |  |

### Renseignements susceptibles d’intéresser la vie scolaire de l’enfant

Ex : allergies, maladie chronique (asthme, diabète, épilepsie…), suivi chez un orthophoniste, suivi chez un psychologue…

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Autorisation de photographie**

Lors de l’année scolaire, des photographies d’enfants ou de groupes d’enfants peuvent être prises dans un intérêt pédagogique afin de travailler avec et de garder une trace. Ces photographies sont ensuite utilisées et diffusées dans le cadre de l’école uniquement.

Une autorisation parentale est demandée pour la réalisation de telles photographies, conformément à la loi 2003-091 sur la pratique et la diffusion des photographies en milieu scolaire.

□ OUI : j’autorise mon enfant à être photographié en situation scolaire seul ou avec d’autres élèves.

□ NON : je n’autorise pas mon enfant à être photographié en situation scolaire seul ou avec d’autres élèves.

*Date et signature des parents*