



## FICHE D'INSCRIPTION PAR ENFANT 2025-2026

| ENFANT                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Identité                                                                                                                              |
| Nom :                                                                                                                                 |
| Prénom :                                                                                                                              |
| Sexe                                                                                                                                  |
| Date et lieu de naissance :                                                                                                           |
| Date de la rentrée scolaire :                                                                                                         |
| Etablissement : <input type="checkbox"/> école maternelle des Corderies<br><input type="checkbox"/> école élémentaire Ernest Pérochon |
| Classe :                                                                                                                              |

| ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE |
|---------------------------------|
| Assureur :                      |
| Num :                           |

| RESPONSABLE LEGAL                                                                                              |                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Responsable 1                                                                                                  | Responsable 2                                                                                                  |
| Nom :                                                                                                          | Nom :                                                                                                          |
| Prénom :                                                                                                       | Prénom :                                                                                                       |
| Profession :                                                                                                   | Profession :                                                                                                   |
| Catégorie socio-professionnelle :                                                                              | Catégorie socio-professionnelle :                                                                              |
| Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez) | Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez) |
| Date de naissance :                                                                                            | Date de naissance :                                                                                            |
| Type : Père / Mère / Autre (Précisez)                                                                          | Type : Père / Mère / Autre (Précisez)                                                                          |
| Adresse :                                                                                                      | Adresse :                                                                                                      |
| Email :                                                                                                        | Email :                                                                                                        |
| Tél. :                                                                                                         | Tél. :                                                                                                         |
| Portable :                                                                                                     | Portable :                                                                                                     |
| Tél. Pro. :                                                                                                    | Tél. Pro. :                                                                                                    |

## PERSONNES A CONTACTER

| Nouveaux contacts                            |           |                                              |           |
|----------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------|-----------|
| Contact                                      |           | Contact                                      |           |
| <b>Nom :</b>                                 |           | <b>Nom :</b>                                 |           |
| <b>Prénom :</b>                              |           | <b>Prénom :</b>                              |           |
| <b>Type :</b> Père / Mère / Autre (Précisez) |           | <b>Type :</b> Père / Mère / Autre (Précisez) |           |
| <b>Tél. :</b>                                |           | <b>Tél. :</b>                                |           |
| <b>Portable :</b>                            |           | <b>Portable :</b>                            |           |
| <b>Appel en cas d'urgence :</b>              | OUI / NON | <b>Appel en cas d'urgence :</b>              | OUI / NON |
| <b>Autorisé à récupérer l'enfant :</b>       | OUI / NON | <b>Autorisé à récupérer l'enfant :</b>       | OUI / NON |

| INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES                                                                                                                                                                                                                                |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Autorisations                                                                                                                                                                                                                                               | Réponse   |
| <b>Prise de photo :</b> Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures. | OUI / NON |
| <b>Sport :</b> Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.                                                                                                                                    | OUI / NON |
| <b>Hospitalisation :</b> Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale... ) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant              | OUI / NON |

| Appareillage                                                                           | Réponse   |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Lunettes :</b> Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?                  | OUI / NON |
| <b>Appareil dentaire :</b> Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ? | OUI / NON |
| <b>Appareil auditif :</b> Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?   | OUI / NON |

## Données complémentaires

| Informations médicales |           |            |
|------------------------|-----------|------------|
| Médecin                | Téléphone | Spécialité |
|                        |           |            |

| Allergies                                                       |
|-----------------------------------------------------------------|
| PAI : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Type d'allergie :                                               |

## ATTESTATION

Nous soussignés (\*)

responsables légaux de l'enfant (\*)

- certifions avoir pris connaissance des règlements intérieur de la garderie et du restaurant scolaire,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

| Responsable 1 (*) |  | Responsable 2 |  |
|-------------------|--|---------------|--|
| Fait à :          |  | Fait à :      |  |
| Date :            |  | Date :        |  |
| Signature :       |  | Signature :   |  |

\* A remplir obligatoirement

### Documents à fournir :

- Copie du carnet de santé
- Copie du livret de famille (une copie par famille)
- Justificatif de domicile récent (de moins de 1 an) au nom des parents (facture d'électricité, eau, gaz, assurance habitation, impôts sur le revenu ou taxe d'habitation) (une copie par famille)
- Certificat de radiation si changement d'école, fourni par l'ancien établissement
- Attestation CAF obligatoire pour une inscription au restaurant scolaire (une copie par famille)

Si besoin joindre la mairie au 05.49.64.70.13.

### Mention relative au RGPD

Ces informations sont traitées dans le cadre de la gestion des inscriptions scolaires. Elles sont destinées au service administratif de la Mairie d'AIRVAULT, à l'Education Nationale et ses représentants.

Elles sont conservées le temps de l'année scolaire.

La base juridique est l'obligation légale. Conformément à la loi « informatique et libertés de 1978 modifiée et au Règlement Européen (RGPD 2016/679), vous pouvez exercer vos droits sur vos données auprès du délégué à la protection des données et les faire rectifier en contactant : [mairie@airvault.fr](mailto:mairie@airvault.fr).

Vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

