



FICHE D'INSCRIPTION ECOLE D'AUBIAC

DOCUMENTS A FOURNIR LORS DE LA PREMIERE INSCRIPTION :

- la fiche d'inscription dûment complétée recto/verso
- la copie du livret de famille
- la copie du carnet de santé, pages des vaccins
- la copie d'un justificatif de domicile
- l'attestation d'assurance responsabilité civile
- l'attestation CAF ou MSA portant le n° d'allocataire
- en cas de paiement par prélèvements : mandat de prélèvement + RIB
- en cas de changement d'école : certificat de radiation de l'ancien établissement

L'ENFANT

NOM – Prénom de l'élève : Sexe : F M

Né(é) le : _____ à _____

Domicile _____

_____ Tél : _____

CLASSE : PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

PAI : OUI NON

LES REPRESENTANTS LEGAUX

Mère/Père/Tuteur (rayer les mentions inutiles)

Nom : _____ Prénom : _____

Profession : _____

Adresse : _____

Tél domicile : _____ Tél portable : _____ Tél travail : _____

e-mail : _____ @ _____

Mère/Père/Tuteur (rayer les mentions inutiles)

Nom : _____ Prénom : _____

Profession : _____

Adresse : _____

Tél domicile : _____ Tél portable : _____ Tél travail : _____

e-mail : _____ @ _____

INFOS NECESSAIRES A LA FACTURATION

Numéro allocataire CAF : _____

Si vous êtes allocataire MSA, veuillez fournir une attestation de Quotient Familial au 01/09/2025,

En l'absence de n° allocataire, ne pouvant pas calculer votre quotient familial, nous appliquerons le tarif le plus élevé,

Nous vous remercions de penser à nous communiquer tout changement (RIB pour les prélèvements, d'adresse, de quotient familial...).

En cas de parents séparés, facturation à adresser : au père à la mère

FREQUENTATION DE L'ENFANT AUX SERVICES MUNICIPAUX (A TITRE INDICATIF)

Accueil périscolaire : Jamais occasionnellement Régulièrement

Restauration scolaire : Jamais occasionnellement Régulièrement

AUTORISATIONS

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE

Nom : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____

Nom : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____

Nom : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____

Nom : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____

MEDECIN TRAITANT

Nom : _____ Téléphone : _____

J'autorise les responsables du service à prendre les mesures d'urgence que nécessiterait l'état de santé de mon enfant, son évacuation vers un établissement hospitalier par les services du SAMU.

Date :

Signature des représentants légaux :