



FICHE D'INSCRIPTION ECOLE D'AUBIAC

DOCUMENTS A FOURNIR LORS DE L'INSCRIPTION :

- ☐ la fiche d'inscription dûment complétée recto/verso
- ☐ 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

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 01/09/2023,

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 :