



## 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 :**