



MAIRIE DE SAINT-NABORD  
1 RUE DE L'EGLISE 88200 SAINT-NABORD

ANNEE SCOLAIRE : .....

**FICHE INDIVIDUELLE INSCRIPTION SCOLAIRE**  
(Merci d'établir une fiche par enfant à inscrire)

**Renseignement de l'enfant**

Nom :

Prénom :

Âge :

Date et lieu de naissance :

Classe de l'enfant :

**Structures d'accueil de l'enfant**

Ecole des HERBURES	Service périscolaires - Centre de loisirs	Structure spécialisée
<p><i>Nom du directeur(trice) :</i> Mme COUVAL-AFONSO</p> <p><i>Adresse :</i> Rue du Rond-Prè 88200 Saint-Nabord</p> <p><i>Téléphone :</i> 03.29.62.14.63 07.55.59.99.16</p> <p><i>Mail :</i> ce.0880870@ac-nancy-metz.fr</p>	<p><i>Nom du responsable :</i> Mme JACQUES Justine</p> <p><i>Adresse :</i> 1 rue de l'église, 88200 Saint-Nabord</p> <p><i>Téléphone :</i> 03.29.62.06.22</p> <p><i>Mail :</i> périscolaire@saint-nabord.fr</p>	<p><i>Nom :</i></p> <p><i>Adresse :</i></p> <p><i>Nom du responsable :</i></p> <p><i>Téléphone :</i></p> <p><i>Mail :</i></p>

**Responsable légaux(Mère, père, autre responsable légal)**

Mère( ou autre responsable légal)	Père (ou autre responsable légal)
<i>Nom :</i>	<i>Nom :</i>
<i>Prénom :</i>	<i>Prénom :</i>
<i>Adresse :</i>	<i>Adresse :</i>
<i>Tel domicile :</i>	<i>Tel domicile :</i>
<i>Tel portable :</i>	<i>Tel portable :</i>
<i>Mail :</i>	<i>Mail :</i>
<i>Profession :</i>	<i>Profession :</i>
<i>Employeur :</i>	<i>Employeur :</i>
<i>N° sécurité social :</i>	<i>N° sécurité social :</i>
<i>N° caf ou msa :</i>	<i>N° caf ou msa :</i>

**Situation familiale des parents :**Marié            Pacsé            Divorcé/séparé            Veuf            Monoparental      Autorité parentale partagées des deux parents : oui  non Si non\*, l'autre parent est-il autorisée à venir voir l'enfant : oui  non Si non\*, est-il autorisé à le récupérer à la sortie : oui  non 

\*fournir une copie du jugement indiquant l'autorité parentale non partagée

**Autres personnes à prévenir en cas d'urgence**

<i>Nom :</i>	<i>Nom :</i>	<i>Nom :</i>
<i>Prénom :</i>	<i>Prénom :</i>	<i>Prénom :</i>
<i>Lien avec l'enfant :</i>	<i>Lien avec l'enfant :</i>	<i>Lien avec l'enfant :</i>
<i>Tel portable :</i>	<i>Tel portable :</i>	<i>Tel portable :</i>

**Personnes autorisées à récupérer l'enfant (ces personnes devront fournir une pièce d'identité)**

<i>Nom :</i>	<i>Nom :</i>	<i>Nom :</i>
<i>Prénom :</i>	<i>Prénom :</i>	<i>Prénom :</i>
<i>Lien avec l'enfant :</i>	<i>Lien avec l'enfant :</i>	<i>Lien avec l'enfant :</i>
<i>Tel portable :</i>	<i>Tel portable :</i>	<i>Tel portable :</i>

**Restauration :**

Régime alimentaire particulier : oui  non   
Si oui, lequel :  sans viande  sans porc

Allergies alimentaires :

PAI : oui  non

## **Renseignements sanitaires :**

(en référence à l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article 227-4 du code de l'action sociale et des familles)

### **Vaccinations :**

Date du dernier rappel du vaccin DT POLIO : .....

Fournir obligatoirement la photocopie du carnet de santé ou certificat médical indiquant que les vaccins sont à jour avec le nom et prénom de l'enfant.

*Si l'enfant n'a pas le vaccin DT POLIO obligatoire, joindre un certificat de contre-indication.*

Eléments médicaux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil de l'enfant :

Si maladie ou allergies sévères (exemple : diabète, asthmes, allergies médicamenteuses ou alimentaires..) précisez la cause dans le cas des allergies et la conduite à tenir :

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (projet d'accueil individualisé) : oui  non

Joindre une copie du PAI

Inidquez, le cas échéant, le nom et téléphone du médecin traitant :

Traitements médicaux en cours :

L'enfant suit-il un traitement médical : oui  non

Si oui, l'ordonnance du médecin est obligatoirement jointe aux médicaments fournis, ainsi qu'une autorisation écrite des parents.

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, des chaussures orthopédiques etc, précisez :

Je soussignée....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés ci-dessus et autorise les médecins, chirurgiens et anesthésistes à pratiquer tous les soins médicaux ou chirurgicaux rendus nécessaires en raison de l'état de santé de mon enfant.

Date :    /    /

Signature :

### Bus scolaire

Prends le bus : oui  non

Si oui, précisez sont arrêt de bus :

*Pour obtenir la carte de transport, il faut vous inscrire sur le site régional en cliquant sur le lien suivant :*  
<https://www.fluo.eu/fr/part3/transport-scolaire/121>

### **FICHE A RETOURNER OBLIGATOIREMENT ACCOMPAGNEE DES DOCUMENTS SUIVANT :**

- Copie du livret de famille
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Justificatif de domicile
- Photocopie du carnet de santé (vaccins)
- En cas de séparation des parents, justificatif attestant de l'attribution de l'autorité parentale
- Document attestant du quotient familial (copie attestation CAF)
- Droit à l'image