

## VOTRE ENFANT

|  |   |   |                       |                        |  |
|--|---|---|-----------------------|------------------------|--|
| Nom de famille   |   |   | Prénom(s) de l'enfant |                        |  |
| Sexe de l'enfant   | <input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon  |   |                       |                        |  |
| Date et lieu de naissance  | /   | / | Ville                 | Département et/ou Pays |  |
| Adresse où réside votre enfant   |   |   |                       |                        |  |
|  | Code postal   |   | Ville                 |                        |  |
| Garde alternée   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |   |                       |                        |  |
| Dernière classe fréquentée   | <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1 <input type="checkbox"/> CE2 <input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/> CM2 |   |                       |                        |  |
| Niveau d'inscription souhaité pour l'année 2025/2026   | <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1 <input type="checkbox"/> CE2 <input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/> CM2 |   |                       |                        |  |
| Votre enfant présente-t-il une allergie alimentaire  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Si oui précisez :  |   |                       |                        |  |
| Votre enfant présente-t-il une maladie chronique qui nécessite un traitement ?   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Si oui précisez :  |   |                       |                        |  |
| Votre enfant présente-t-il un handicap qui nécessite une prise en charge spécifique ?                                    | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Si oui précisez :  |   |                       |                        |  |
| En cas d'urgence, j'autorise la collectivité à faire hospitaliser mon enfant à l'hôpital ou la clinique la plus proche : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |   |                       |                        |  |

## LA FAMILLE DE L'ENFANT

| Responsable légal   | Responsable légal n°1  |                                       |                                 |                                   | Responsable légal n°2  |                                      |                                     |  |
|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| NOM & Prénom  | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre |                                       |                                 |                                   | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre |                                      |                                     |  |
| Adresse complète<br><i>(si différente de celle de l'enfant)</i> |  |                                       |                                 |                                   |  |                                      |                                     |  |
|   | Code postal  |                                       | Ville                           |                                   | Code postal  |                                      | Ville                               |  |
| Profession  |  |                                       |                                 |                                   |  |                                      |                                     |  |
| Téléphone   |  |                                       |                                 |                                   |  |                                      |                                     |  |
| Courriel  | @  |                                       |                                 |                                   | @  |                                      |                                     |  |
| Situation familiale des parents                                 | <input type="checkbox"/> mariés  | <input type="checkbox"/> vie maritale | <input type="checkbox"/> pacsés | <input type="checkbox"/> divorcés | <input type="checkbox"/> séparés   | <input type="checkbox"/> célibataire | <input type="checkbox"/> veuf/veuve |  |
|   | Nom  | Prénom                                | Date de naissance               |                                   | Etablissement scolaire fréquenté   |                                      |                                     |  |
| Autres enfants à charge   |  |                                       |                                 |                                   |  |                                      |                                     |  |

**En cas de placement de l'enfant chez un tiers (famille d'accueil,...)**

|                  |  |          |  |
|------------------|--|----------|--|
| NOM & Prénom     |  |          |  |
| Adresse complète |  |          |  |
| Code postal      |  | Ville    |  |
| fixe du domicile |  | portable |  |

**Personnes autorisées à venir chercher l'enfant**

| Nom & Prénom | Lien avec l'enfant | portable |
|--------------|--------------------|----------|
|              |                    |          |
|              |                    |          |
|              |                    |          |

**LES SERVICES PERISCOLAIRES**

*Souhaitez-vous inscrire votre enfant aux services périscolaires ?*

|                                   |                              |                              |          |                                |                               |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------|
| La garderie                       | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Si oui : | <input type="checkbox"/> Matin | <input type="checkbox"/> Soir |
| Le transport scolaire Bouex-Garat | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Si oui : | <input type="checkbox"/> Matin | <input type="checkbox"/> Soir |
| Le transport scolaire Dirac       | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Si oui : | <input type="checkbox"/> Matin | <input type="checkbox"/> Soir |
| La restauration scolaire          | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |          |                                |                               |

**Assurance responsabilité civile obligatoire**

|                                 |  |                       |  |
|---------------------------------|--|-----------------------|--|
| Nom de la compagnie d'assurance |  | N° police d'assurance |  |
|---------------------------------|--|-----------------------|--|

**Autorisations délivrées par le responsable légal**

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à <b>participer aux différentes sorties</b> organisées pour sa classe, sur le temps scolaire, tout au long de l'année scolaire.                            | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> J'autorise l'école à <b>utiliser des photographies de mon enfant</b> pour le travail scolaire (à l'école : affichage, journal scolaire, site internet ; correspondance scolaire) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> J'autorise la <b>communication de mon adresse personnelle</b> aux associations de parents d'élèves de l'école.   | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

**Pièces à fournir pour constituer le dossier**

|  |
|--|
| Copie des pages du livret de famille   |
| Copie du justificatif de domicile récent (moins de 3 mois) et attestation de domicile fournie par la commune de résidence si vous habitez Bouex ou Dirac |
| Copie des pages de vaccinations du carnet de santé   |
| Ordonnance de jugement en cas de divorce ou séparation   |

Le(s) responsable(s) légal(e/aux) déclare(nt) sur l'honneur exacts les renseignements fournis ci-dessus et s'engage(nt) à signaler par écrit à la mairie de Garat et à l'école tout changement de situation.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal n°1

Signature du responsable légal n°2