

 Année scolaire : 2020-2021

Fiche de réinscription de l’élève

Implantation : ………………………………………………. Classe : ………………

Identité de l’enfant.

\* Nom : …………………………………….. \* Prénom : ……………………………………...

\* Date de naissance : ………………………………

\* Nationalité : ………………………. \* Sexe : ……..

\* Adresse : ………………………………………………………………………………………

Identité de la personne responsable de l’enfant.

\* Nom : …………………………………….. \* Prénom : ……………………………………...

\* Qualité : père, mère, tuteur légal (biffer les mentions inutiles)

\* N° de téléphone : ……………………………………. ou …………………………………...

\* **Adresse Email :** ……………………………………………………………………………….

\* Situation familiale : (biffer les mentions inutiles)

en couple – famille monoparentale– garde alternée – situation particulière à expliquer :

…………………………………………………………………………………………………...........

Identité du deuxième parent :

\* Nom : …………………………………….. \* Prénom : …………………………………….........

\* N° de téléphone : ……………………………………. ou …………………………………........

 **Adresse Email** : …………………………………………………………………………………....

\* Adresse (si différente de la personne responsable) : …………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..........

\* Je certifie que mon enfant présente / ne présente pas une contre-indication médicale à la prise de comprimés d’iode. (Biffer les mentions inutiles)

\*Accueil : le matin à partir de 7h00 et le soir jusque 17h30.

**- l’enfant restera-t-il aux garderies ? oui - non**

**Si oui : le matin – le midi – le soir (biffer les mentions inutiles)**

**- l’enfant peut-il rentrer seul à la maison ? Oui – Non (biffer les mentions inutiles)**

Personne(s) autorisée(s) à reprendre l’enfant et/ou à contacter d’urgence en cas de nécessité :

- …………………………………………………………….. Tel : ……./……………………

- …………………………………………………………….. Tel : ……./……………………

- …………………………………………………………….. Tel : ……./……………………

\*Santé :

- Nom et coordonnées du médecin traitant : Dr …………………………………………………...

Téléphone : ……………………………… Localité : ………………………………………………..

Port de lunettes : oui – non Port d’un appareil auditif : oui – non (biffer les mentions inutiles)

Autre : ……………………………………………………………………………………………………

Allergies/ intolérances/ maladies : …………………………………………………………..............

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………….

Fait à ……………………………………., le …………………………

Signature :

*Conformément au Règlement Générale sur la Protection des Données, nous vous informons que les données provenant du présent formulaire ne seront utilisées que dans le cadre de* ***l’inscription/la scolarité*** *de votre enfant.*