

## FICHE INSCRIPTION FAMILLE

Représentant légal n°1	Représentant légal n°2
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
CP : .....	CP : .....
Ville : .....	Ville : .....
Tél. personnel : .....	Tél. personnel : .....
Tél. portable : .....	Tél. portable : .....
Adresse mail : .....	Adresse mail : .....

SITUATION FAMILIALE			
Marié (e)	<input type="checkbox"/>	Célibataire	<input type="checkbox"/>
Concubin (e)	<input type="checkbox"/>	Divorcé (e)	<input type="checkbox"/>
Séparé (e)	<input type="checkbox"/>	Veuf (ve)	<input type="checkbox"/>

Représentant légal n°1	Représentant légal n°2
Profession : .....	Profession : .....
Employeur : .....	Employeur : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Tél. professionnel : .....	Tél. professionnel : .....

Lieu de la précédente scolarisation : .....

ENFANT (S) A INSCRIRE POUR L'ANNEE 2023/2024			
	1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>ème</sup> enfant	3 <sup>ème</sup> enfant
NOM :			
PRENOMS :			
Né (e) :			
A :			
Classe fréquentée en 2023/2024 :			

## FICHE INSCRIPTION FAMILLE

FRERES/SOEURS			
	1 <sup>er</sup>	2 <sup>ème</sup>	3 <sup>ème</sup>
NOM :			
PRENOMS :			
Né (e) :			
A :			
Classe fréquentée en 2023/2024 :			

### AUTORISATION DE SORTIE

Si vous ne venez pas chercher vous-même votre enfant après l'accueil périscolaire, vous autorisez les personnes suivantes à prendre en charge votre enfant sous votre responsabilité.

Nom : .....	Nom : .....	Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....	Prénom : .....	Prénom : .....
Qualité : .....	Qualité : .....	Qualité : .....	Qualité : .....
N° de tél : .....			

### PIECES A JOINDRE

- Photocopie carte nationale d'identité des parents
- Photocopie carte nationale d'identité des enfants
- Livret de famille
- Carnet de vaccination
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Fiche sanitaire ci-jointe

« Conformément au règlement UE 2016/679, la commune collecte et traite les données à caractère personnel ci-dessus aux d'inscription s'agissant des services scolaires (DÉTAILLER LES SERVICES PROPOSÉS). Vos données sont confidentielles et ne sont pas utilisées à d'autres fins que celles explicitées ci-dessus. Vous pouvez exercer votre droit d'accès, d'effacement, de rectification, d'opposition et de limitation pour les données qui vous concernent. Vous disposez de la possibilité de déposer une réclamation auprès de la CNIL : <https://cnil.fr/plaintes>  
Pour exercer vos droits, veuillez contacter notre Délégué à la protection des données via les moyens suivants:  
Par mail: [rgpd@cc-peva.fr](mailto:rgpd@cc-peva.fr)  
Par courrier postal : Communauté de communes pays d'Évian vallée d'Abondance 851 avenue des rives du Léman 74500 PUBLIER »

Fait à Abondance, le .....

Signature (s) :

Commune d'ABONDANCE  
20 montée du Cloître  
74360 ABONDANCE  
04.50.73.00.16  
[services.scolaires74360@orange.fr](mailto:services.scolaires74360@orange.fr)

## FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE

**CETTE FICHE DOIT OBLIGATOIREMENT ÊTRE COMPLÉTÉE. ELLE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS NECESSAIRES A L'ACCUEIL DE CHAQUE ENFANT.**

(Compléter une fiche par enfant – joindre une copie des pages vaccinations du carnet de santé de votre enfant ou une attestation d'un médecin en cas de contre-indication).

### INFORMATIONS SANITAIRES

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexe : M  F

Nom et prénom des parents de l'enfant :

Père: \_\_\_\_\_ Mère: \_\_\_\_\_

**1 – NOM DU MEDECIN TRAITANT :** \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**2 – VACCINATIONS OBLIGATOIRES (copie du carnet de santé de l'enfant) :**

Antidiphtérique :      oui  non

Antitétanique :      oui  non

Antipoliomyélitique :      oui  non

**3-VACCINATIONS RECOMMANDEES\*:**

Hépatite B :                      oui  non

Rougeole oreillons rubéole :      oui  non

Coqueluche :                      oui  non

BCG :                                  oui  non

Autres vaccins : \_\_\_\_\_

\*Tous ces vaccins sont obligatoires pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018, à l'exception du BCG.

**4 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT :**



Votre enfant est allergique ? oui  non

Préciser l'allergie :

Médicamenteuse : \_\_\_\_\_

Asthme : \_\_\_\_\_

Alimentaire : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

Votre enfant bénéficie d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ? oui  non

- si oui, transmettre le protocole au Service Concerné (École, crèche, accueil de loisirs...)

Votre enfant porte t-il des lunettes  lentilles de contact  appareil dentaire  prothèses auditives   
autres (précisez) \_\_\_\_\_

#### 5 – REGIME ALIMENTAIRE :

PAI (à fournir)

Repas sans porc

#### 6 – ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP :

Votre enfant a-t-il une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)  
oui  non

- si oui, la notification prévoit-elle un Auxiliaire de Vie Scolaire ? oui  non

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade pendant le temps de cantine ou de périscolaire sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital du secteur à savoir « Les Hôpitaux du Léman ». La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Je soussigné (e),..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à Abondance, le .....

Signature des représentants légaux :

