

### Identité des enfants à inscrire :

NOM	Prénom	Sexe	Date de naissance	Classe à la rentrée 2019/2020	Ecole
		<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon			
		<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon			
		<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon			
		<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon			

### Représentants légaux :

#### Représentant 1 :

Mme  - M.  NOM : ..... Prénom.....  
 Titulaire de l'autorité parentale :  Oui  Non  
 N° de tél domicile : ..... N° de tél professionnel : .....  
 N° de tél portable : ..... Mail : .....  
 Adresse : .....

#### Représentant 2 :

Mme  - M.  NOM : ..... Prénom.....  
 Titulaire de l'autorité parentale :  Oui  Non  
 N° de tél domicile : ..... N° de tél professionnel : .....  
 N° de tél portable : ..... Mail : .....  
 Adresse (si différente du représentant 1): .....

### En cas de divorce ou de séparation des parents, précisez :

**Représentant 1 :**  garde exclusive  garde alternée\*  n'a pas le droit de garde

**Représentant 2 :**  garde exclusive  garde alternée\*  n'a pas le droit de garde

\*précisez les modalités de résidence des enfants: .....

△ Fournir le jugement précisant la résidence des enfants et la ou les personne(s) titulaire(s) de l'autorité parentale

### Autres contacts en cas d'urgence :

	NOM Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphones (fixe et portable)
1			
2			
3			
4			

**NOM DE L'ENFANT :** ..... **PRENOM :** .....

**Vaccinations obligatoires** : A jour : OUI  NON

**Médecin traitant** : NOM : ..... N° Tél : .....

**Renseignements médicaux et recommandations utiles à l'accueil de votre enfant :**

**A-t-il des allergies (alimentaires, médicamenteuses, pollen etc.) ?** OUI\*  NON

\*Si oui, précisez :

.....  
.....

**Traitement médical** : Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement médical (diabète, hémophilie, asthme etc.) ?

OUI\*  NON

\*Si oui, précisez :

.....  
.....

**Accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire (AVS)** : Votre enfant bénéficie-t-il sur le temps scolaire d'un accompagnement spécifique (handicap moteur etc.) ?

OUI\*  NON

\*Si oui, précisez :

.....  
.....

**Projet d'accueil individualisé (PAI)\* en cours** : OUI  NON

\*Un **Projet d'accueil individualisé (PAI)** concerne les enfants atteints de troubles de la santé (par exemple, troubles respiratoires ou allergie alimentaire). Il s'agit d'un document écrit qui précise les traitements médicaux et/ou les régimes spécifiques liés aux intolérances alimentaires nécessaires sur les temps scolaire et périscolaire. **Aussi, si votre enfant nécessite un accompagnement médical spécifique, veuillez prendre contact avec le médecin scolaire** (à la Direction des services départementaux de l'Education nationale, Cité administrative, Place Bonet, Alençon) **afin de mettre en place un PAI.**

**Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, un appareil dentaire, des prothèses auditives etc. ?**

.....  
.....

**Je soussigné(e) (NOM - Prénom) ..... responsable légal de l'enfant (NOM - Prénom) ..... déclare exacts les renseignements portés dans ce dossier et autorise le responsable de la Communauté urbaine d'Alençon à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à respecter le règlement intérieur de la restauration scolaire.**

**Date :**

**Signature :**