

INSCRIPTIONS ACTIVITES PERI et EXTRA SCOLAIRES ANNEE SCOLAIRE 2025 – 2026

A RETOURNER AVANT LE 14 AOUT 2025

ENFANT	
NOM :	Prénom : Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date de naissance :	Lieu :
Ecole fréquentée en 2024-2025.....	Classe :

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT	
Situation de la famille : Célibataire <input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> / Vie maritale <input type="checkbox"/> / Pacsé <input type="checkbox"/> Divorcés / Séparés <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/>	
RESPONSABLE LEGAL 1	
NOM :	Prénom : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Adresse :	Code postal : Ville :

Tel domicile : Portable : Tél. Professionnel.....

Courriel :

Date naissance Lieu de naissance : Profession :

RESPONSABLE LEGAL 2	
NOM :	Prénom : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Adresse :	Code postal : Ville :
Tel domicile : Portable : Tél. Professionnel.....	
Courriel :	
Date naissance Lieu de naissance : Profession :	

AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (Obligatoire)	
NOM :	Téléphone : Lien de parenté.....
NOM :	Téléphone : Lien de parenté.....

PERSONNES DE PLUS DE 12 ANS AUTORISEES A VENIR CHERCHER MON ENFANT, SUR PRESENTATION D'UNE PIECE D'IDENTITE	
NOM :	Téléphone : Lien de parenté.....
NOM :	Téléphone : Lien de parenté.....

SANTE Joindre la photocopie des vaccins uniquement pour les enfants entrant en PS et CP

Allergies (médicamenteuses, asthme) :

L'enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses

MEDECIN TRAITANT Téléphone :

