

Fiche d'inscription – année 2022/2023

Identification de l'enfant :

- Nom et prénom : _____ Sexe : _____
- Date et lieu de naissance : _____ Age : _____
Ecole Langevin Wallon élémentaire Classe : _____

Identification de la famille :

- Nom et prénom du responsable légal : _____
- Adresse : _____
- Employeur/ Organisme de formation : _____

Merci de noter un numéro de téléphone **(OBLIGATOIRE)**

- Téléphone domicile : _____ Téléphone professionnel : _____
- Téléphone portable : _____ Adresse mail : _____
- Situation familiale : Célibataire - Marié(e) - Vie maritale - Pacsé(e) - Divorcé(e)

En cas de divorce/séparation joindre impérativement l'extrait du jugement concernant la garde de l'enfant.

- Nom et prénom du conjoint : _____
- Adresse : _____
- Téléphone domicile : _____ Téléphone professionnel : _____
- Téléphone portable : _____ Adresse mail : _____
- Employeur/ Organisme de formation : _____

Votre enfant est-il autorisé à sortir seul ? oui non

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (A REMPLIR OBLIGATOIREMENT) :

Nom et Prénom	Adresse	Téléphone (fixe et mobile)

Votre enfant participera à :

ALP primaire matin	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
ALP primaire midi (cantine)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
ALP primaire soir	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Etude dirigée	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Nous Autorisez-vous à :

- Utiliser l'image de votre enfant mineur et éventuellement sa publication ?
 oui non
- Faire réaliser, en cas de besoin, les soins urgents jugés utiles après avis médical (de même, si une hospitalisation s'avérait nécessaire diagnostic effectué par un professionnel de santé) ?
 oui non

N°allocataire CAF ou autre régime (à préciser) : _____

Notes médicales :

Votre enfant a-t'il un PAI (*protocole d'accueil individualisé*) ? oui non

Nom du médecin à prévenir	spécialité	adresse	téléphone
---------------------------	------------	---------	-----------

Antécédents médicaux – Allergies – Commentaires – Autres :

Merci de joindre les photocopies des pièces suivantes :

- *Attestation CAF ou MSA de quotient familial de juin 2022*
- *Dernier avis d'imposition ou de non-imposition*
- *Attestation d'assurance scolaire*
- *Carnet de santé pages des vaccinations à jour*
- *Cotisation annuelle de 40.00 € à l'ALP à régler en espèces ou par chèque à l'ordre du Trésor Public.*

Je déclare sur l'honneur avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALP ci-joint.

Bédarieux, le/...../.....

Signature du Responsable Légal précédée de la mention **Lu et approuvé**