

ÉCOLE WILSON

CLASSE

Dossier suivi par le service Affaires Scolaires

Tél: 0549767174 / 0626745595

m.courot@saint-maixent-lecole.fr / m.depuys@saint-maixent-lecole.fr

Nom et Prénom(s) de l'enfant: _____

Né(e) le : ____ / ____ / _____ , à (Ville) _____ , (N° Dépt.) ____ , (Pays) _____

Adresse: _____

Personnes responsables de l'enfant:

Représentant.e légal.e 1: Nom: _____ **Prénom:** _____

Adresse: _____

Téléphone: Fixe: ____ / ____ / ____ / ____ / ____ **Portable 1:** ____ / ____ / ____ / ____ / ____ **Portable 2:** ____ / ____ / ____ / ____ / ____

E-mail: _____ @ _____ **Lien avec l'enfant:** _____

Profession: _____ **Employeur:** _____ **Téléphone:** ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Représentant.e légal.e 2: Nom: _____ **Prénom:** _____

Adresse: _____

Téléphone: Fixe: ____ / ____ / ____ / ____ / ____ **Portable 1:** ____ / ____ / ____ / ____ / ____ **Portable 2:** ____ / ____ / ____ / ____ / ____

E-mail: _____ @ _____ **Lien avec l'enfant:** _____

Profession: _____ **Employeur:** _____ **Téléphone:** ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Autre représentant légal: Nom: _____ **Prénom:** _____

Adresse: _____ **Lien avec l'enfant:** _____

Téléphone: ____ / ____ / ____ / ____ / ____ **E-mail:** _____ @ _____

Autres personnes à contacter en cas d'urgence et/ou autorisées à venir chercher l'enfant en cas de besoin:

Nom: _____ **Prénom:** _____ **Lien avec l'enfant:** _____

Adresse: _____ **Téléphone:** ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Nom: _____ **Prénom:** _____ **Lien avec l'enfant:** _____

Adresse: _____ **Téléphone:** ____ / ____ / ____ / ____ / ____

L'enfant présente-t-il une allergie: oui non **A-t-il un traitement médical:** oui non

Si oui laquelle: _____ Si oui lequel: _____

Un Plan d'Accueil Individualisé (P.A.I) a-t-il été établi ? oui non

Observations complémentaires (santé ou renseignements divers): _____

ACCUEIL PÉRISCOLAIRE Vous avez le choix entre deux modes de présence: hebdomadaire ou occasionnel

<input type="radio"/> Mode FORFAIT HEBDOMADAIRE (Minimum 2 garderies par semaine pour une présence régulière)		lundi	mardi	jeudi	vendredi
Accueil matin	7h30-8h50				
Accueil soir	16h30-18h30				
<input type="radio"/> Mode OCCASIONNEL si votre enfant ne viendra pas régulièrement à la garderie					

RESTAURATION SCOLAIRE

Si votre enfant mangera régulièrement à la cantine toute l'année, veuillez cocher les jours de présence ci-dessous:

lundi <input type="radio"/>	mardi <input type="radio"/>	jeudi <input type="radio"/>	vendredi <input type="radio"/>
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

Si votre enfant ne mangera pas régulièrement à la cantine, veuillez cocher la case suivante: **FACTURATION / ALLOCATION FAMILIALE**

Adresse de facturation si différente du ou des représentants légaux :

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse : _____

CAF : N° d'allocataire obligatoire : _____ RSA (Fournir obligatoirement l'attestation)

MSA : N° d'allocataire obligatoire : _____ → Fournir la dernière attestation d'allocation MSA

Autre régime spécifique N° : _____

ASSURANCE SCOLAIRE 2025-2026

Assureur: _____ N° du contrat d'assurance: _____

AUTORISATIONS

- J'autorise le responsable de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident.
- J'autorise mon enfant à quitter seul l'école après la classe.
- J'autorise mon enfant à figurer le cas échéant sur des images(photos, films...) faites et utilisées strictement dans le cadre des activités des accueils périscolaires.
- Je déclare sur l'honneur les informations inscrites sur cette fiche et avoir pris connaissance des différents règlements.

Fait à : _____, Le _____ Signature du ou des responsables légaux