



ANNEE SCOLAIRE 20.../20.....
FICHE D'INSCRIPTION SCOLAIRE

ELEVE : NOM : _____ PRENOMS : _____

Né(e) le :/...../..... Sexe : féminin masculin

Lieu de naissance : Commune : Département :

RESPONSABLES LEGAUX

RESPONSABLE LEGAL 1

NOM : Prénoms :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphones : Portable Domicile : Travail :

Mail :

RESPONSABLE LEGAL 2

NOM : Prénoms :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphones : Portable Domicile : Travail :

Mail :

AUTRE RESPONSABLE LEGAL :

LIEN DE PARENTE :

NOM : Prénoms :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphones : Portable Domicile : Travail :

Mail :

ORGANISME DE TUTELLE :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphones : Portable

Mail :

REPOUNDANT

Personne majeure à contacter en cas d'urgence en l'absence des parents et autorisée à venir chercher mon enfant sur présentation d'une pièce d'identité.

NOM : Prénoms :

Téléphones : Portable Domicile : Travail :



AUTORISATION DE SOINS ET D'INTERVENTIONS EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e), Nom.....Prénom.....

Responsable légal 1

Responsable légal 2

Tuteur

de l'enfant : NomPrénom.....

Autorise(nt), en cas d'accident, le personnel en charge des activités municipales à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de mon enfant y compris à faire pratiquer les interventions d'urgence.

En cas d'urgence, mon enfant sera transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital choisi par les Sapeurs-pompiers ou le SAMU et je serai immédiatement averti. Pour information, un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille ou du répondant précédemment désigné.

Date du dernier rappel du vaccin antitétanique :

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières (que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'ensemble des personnels (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre, etc...) :

Votre enfant présente-t-il un problème de santé ? OUI NON

Votre enfant bénéficie-t-il d'une prise en charge particulière médicale ou pédagogique ?

PAI

PAP

PPS (MDPH)

Si oui, son état nécessite-t-il des soins ou un aménagement sur le temps périscolaire ? OUI NON

NOM, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant : (facultatif)

MON ENFANT PARTICIPERA AUX ACTIVITES MUNICIPALES SUIVANTES : (cocher les cases)

ETUDES : OUI NON ETUDES + : OUI NON (Uniquement à l'école élémentaire Jules Ferry et Paul Bert)

RESTAURATION SCOLAIRE* : OUI NON

**Inscription obligatoire auprès d'Elior*

REGIME ALIMENTAIRE : OUI NON STANDARD SANS PORC SANS VIANDE AVEC POISSON

(Tout repas consommé fera l'objet d'une facturation, au même titre que les autres activités municipales)

"Conformément à la loi du 6 janvier 1978, consolidée le 25 mai 2018 par l'entrée en vigueur du règlement général sur la protection des données (RGPD), vous êtes informé que l'inscription de votre enfant, le suivi de son dossier administratif et la facturation nécessitent un traitement informatisé. Les données collectées sont nécessaires à la finalité du traitement et exclusivement destinées à la direction des affaires scolaires de la mairie de Corbeil-Essonnes (en charge de l'enregistrement et du suivi de son dossier), à la direction de l'école d'affectation, ainsi qu'au prestataire de service (en charge de la restauration scolaire). La conservation des données est de 6 ans après la sortie de l'établissement scolaire du 1er degré.

Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition en contactant le Responsable de traitement à l'adresse suivante : responsabletraitement@mairie-corbeil-essonnes.fr ou en adressant un courrier à Monsieur le Maire de Corbeil-Essonnes - 2 place Galignani - 91100 Corbeil-Essonnes. En cas de difficultés rencontrées lors de l'exercice de ces droits, vous pouvez saisir le Délégué à la protection des données : protectiondonnees@mairie-corbeil-essonnes.fr"

Signature des Responsables Légaux Fait à.....

Le

Responsable légal 1

Responsable légal 2

Tuteur

(cachet de l'organisme de tutelle)