



CERTIFICAT D'INSCRIPTION
SCOLAIRE ET PERISCOLAIRE
ANNÉE SCOLAIRE 2024 / 2025

Photo
obligatoire

A coller

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Sexe : M F

Classe actuellement fréquentée : Date de scolarité souhaitée.....

Adresse à Esbly : Depuis le

Nom de l'hébergent éventuel :

Merci de nous indiquer ci-dessous votre adresse actuelle si ne vous résidez pas encore sur Esbly

Adresse :

L' enfant fréquentera-t-il les activités suivantes :

Restaurant Scolaire ? OUI NON - Accueils avant l'école ? OUI NON après l'école ? OUI NON -
Accueil de Loisirs du mercredi? OUI NON -- Accueil de Loisirs des vacances ? OUI NON

Votre enfant est-il allergique ou connaît-il des troubles alimentaires (attestation à remplir) ?

OUI à quoi ? (Certificat médical à fournir)
 NON

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI ?

OUI à quoi ? (joindre la copie et les médicaments)
 NON

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? NON OUI lequel ? : sans porc / végétarien

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH, de la part de la CAF ? OUI NON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

PÈRE OU TUTEUR	MÈRE OU TUTRICE
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse si différente de l'enfant :	Adresse si différente de l'enfant :
Profession :	Profession :
Situation familiale :	Situation familiale :
Nom d'allocataire CAF :	Nom d'allocataire CAF :
Numéro CAF :	Numéro CAF :
Nom assurance scolaire et périscolaire :	Nom assurance scolaire et périscolaire :
N° assurance scolaire et périscolaire :	N° assurance scolaire et périscolaire :
☎ domicile :	☎ domicile :
☎ travail :	☎ travail :
☎ portable :	☎ portable :
Adresse mail :	Adresse mail :

FRATRIE	NOM	PRÉNOM	ANNÉE DE NAISSANCE
Frères			
Sœurs			

AUTORISATIONS

Votre enfant est-il autorisé à quitter seul le centre ? OUI NON

Votre enfant peut être photographié dans le cadre des activités du centre de loisirs ? remplir le document en annexe

Autorisez-vous le directeur de l'accueil de loisirs :

- A faire prendre en charge votre enfant par un service d'urgence (pompiers, SAMU....) OUI NON
- A faire hospitaliser votre enfant en cas d'urgence OUI NON
- A transporter votre enfant aux urgences, suivant la gravité de la blessure, pour que puisse être pratiquée toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie sur votre enfant OUI NON

Personnes autorisées à venir chercher votre enfant

NOM	PRENOM	N° TELEPHONE	QUALITE

Personnes à prévenir en cas d'urgence

NOM	PRENOM	N° TELEPHONE	QUALITE

DATE DE LA DEMANDE :/...../ 20.....

SIGNATURES des deux parents :

RAPPEL : Cette fiche doit être impérativement réactualisée à chaque modification de vos coordonnées ou de votre situation familiale.

Document à remettre en mairie, auprès du service guichet unique ou par mail : guichet.unique@mairie-esbly.fr

Cadre réservé à l'Administration

Enfant inscrit à :

- l'école maternelle « Les Couleurs »
- l'école maternelle des Champs Forts

- l'école élémentaire du Centre
- l'école élémentaire des Champs-Forts

A compter du pour l'année scolaire 2024/2025

Agent :