

Ecole Jeannette HEISZLER

29 route d'orléans

45150 DARVOY

02 38 57 20 76

Dossier d'inscription

2026-2027

Inscription effectuée le / /

Photo
(facultatif)

Nom de l'élève :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Veillez joindre le certificat de radiation édité par l'établissement précédemment fréquenté.

Parcours scolaire : (écoles fréquentées précédemment)

Veillez joindre une copie du livret de famille (pages des tuteurs légaux et de l'enfant).

Nom et prénom du tuteur légal 1 :

Numéro allocataire CAF / MSA :

Adresse :

Numéro(s) de téléphone :

Adresse informatique : @

Profession :

Adresse du lieu de travail :

Nom et prénom du tuteur légal 2 :

Numéro allocataire CAF / MSA :

Adresse :

Numéro(s) de téléphone :

Adresse informatique : @

Profession :

Adresse du lieu de travail :

Frères et sœurs (nom, prénom, année de naissance) :

Personne qui détient l'autorité parentale (rayer les mentions inutiles)

Père – Mère – Les deux parents – Une tierce personne (préciser) :

Au cas où les parents sont séparés, veuillez préciser le type de garde (veuillez joindre une copie de la décision de justice ou à défaut un document signé des deux tuteurs légaux explicitant le type de garde retenu) :

[Veuillez joindre une copie de la page du carnet de santé qui établit la vaccination DT Polyo.](#)

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :

Observations éventuelles concernant la santé de l'enfant (allergies, sensibilités allergiques, antécédents médicaux importants ...) : [Veuillez joindre tous justificatifs utiles.](#)

Le DT Polyo est-il à jour ? oui non

La famille accepte-t-elle les opérations et transfusions nécessaires en cas d'urgence ?

oui non

Autorisations :

J'autorise le personnel de l'école ou le photographe scolaire à prendre mon enfant en photographie : oui non

J'autorise le personnel de l'école à communiquer mon adresse aux parents élus pour représenter les parents : oui non

J'autorise les personnes suivantes à être contactés en cas d'urgence et à venir chercher mon enfant :

Identité et lieu de résidence	Lien avec l'élève	Numéro de téléphone

Signature des parents

ENFANT	
Identité	Photo
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Date de naissance :	
Lieu de naissance :	

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Type : Père / Mère	Type : Père / Mère
Nom d'usage :	Nom d'usage :
Nom de naissance :	Nom de naissance :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Lieu de naissance :	Lieu de naissance :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Portable :	Portable :
Profession :	Profession :
Entreprise et lieu de travail :	Entreprise et lieu de travail :
Tél. professionnel :	Tél. professionnel :

Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

QUOTIENT FAMILIAL
Numéro Allocataire CAF ou MSA :
Nom de rattachement au numéro Allocataire :

**PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER
L'ENFANT**

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, <i>une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (À joindre avec cette fiche).</i>	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

**INFORMATIONS
MÉDICALES**

Allergies	Pratiques alimentaires
	SANS PORC OUI / NON
	SANS VIANDE OUI / NON
	VEGETARIEN OUI / NON

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse
Porteur de handicap : <i>Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?</i>	OUI / NON
Si oui, quel est/sont le(s) handicap(s) ou trouble(s) ?	

Pathologie	Réponse
Votre enfant a-t-il des pathologies médicales à savoir ?	OUI / NON
Si oui, lesquelles (précisez)	
Votre enfant a-t-il un traitement médical ?	OUI / NON
Si oui, lequel (précisez)	

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :

- Carnet de vaccinations à jour
- Assurance scolaire-extrascolaire (à fournir à la rentrée de septembre 2026)

ATTESTATION

Nous soussignés (*)

Responsables légaux de l'enfant (*)

- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche, certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels, autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande, attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

Service Jeunesse Municipal de DARVOY

Adresse postale : 27 Route d'Orléans 45150 DARVOY

Adresse de la structure : Venelle des écolières (à côté de l'école maternelle)

Téléphone : 02.38.59.79.36 – Mail : service-jeunesse@darvoy.fr