



# SIVOS MORGNY/LONGCHAMPS

93 rue de mairie 27150 LONGCHAMPS

Téléphone: 02.32.27.02.08

E-mail : [sivosmorgnylongchamps@orange.fr](mailto:sivosmorgnylongchamps@orange.fr)

Groupe fermé Facebook : Sivos Morgny Longchamps

## DOSSIER D'INSCRIPTION

Enfants inscrits :

NOM	PRENOM	DATE NAISSANCE	CLASSE

### CANTINE.

LUNDI     MARDI     JEUDI     VENDREDI

Régime alimentaire particulier : .....

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

### ACCUEIL PERISCOLAIRE

OCCASIONNELLEMENT .....

TOUS LES JOURS

MATIN (à partir de .....)

SOIR (jusqu'à .....)

### TRANSPORTS SCOLAIRES ?

OUI     NON

LUNDI     MARDI     JEUDI     VENDREDI

MATIN     SOIR

### **Responsables de l'enfant.**

Nom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Père /--/ Mère /--/ Responsable légal /--/ Père /--/ Mère /--/ Responsable légal /--/

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fixe : \_\_\_\_\_ Fixe : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

N° sécu : \_\_\_\_\_ N° sécu : \_\_\_\_\_

**Professionnel**

**Professionnel**

Fixe : \_\_\_\_\_ Fixe : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

### **Personnes à prévenir en cas d'urgence**

Nom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TEL Fixe : \_\_\_\_\_ TEL Fixe : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

### **Personnes autorisées à venir chercher l'enfant**

Nom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

## **Autorisation de droit à l'image**

J'autorise

Je n'autorise pas

Les prises de photos/vidéos et leur diffusion sous toutes formes à des fins représentatives des activités des périscolaires.

## **Renseignements sanitaires**

Votre enfant rencontre-t-il des problèmes de santé particuliers ? (allergies, traitements en cours, contre-indications.....)

.....  
.....  
.....

## **Document à fournir**

- **Photocopie de l'attestation de responsabilité civile.**

Je soussigné \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant  
\_\_\_\_\_ déclare exacts les renseignements portés sur  
cette fiche et autorise l'équipe pédagogique à prendre, le cas échéant, toutes mesures  
(traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état  
de l'enfant.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature(s)