|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo NB fond blanc | **Pour toute information :**Service des Guichets UniquesMairie de L’Haÿ-les-Roses, 41 rue Jean Jaurès - 94240 L’HAŸ-LES-ROSESguichets.uniques@ville-lhay94.fr - Tél. 01 46 15 33 33 | : |

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS INSCRIPTION SCOLAIRE Année scolaire 2025-2026**

**ENFANT**

NOM : …………………………………………………………… Prénom : ………………………………….………………………. Sexe : M ❒ F ❒

Date de naissance : ……………………………………………. Lieu : ……………………………………………………………………

**SANTE**

Allergies (médicamenteuses, asthme) : ………………………………………………………… L’enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses …………………………

MEDECIN TRAITANT ……………………………………………………………… Téléphone : ………………………….……..…….…………

Mon enfant a un Projet d’Accueil Individualisé (P.A.I.)  médical Oui  Non Mon enfant a un Protocole Panier-Repas Oui  Non 

Mon enfant mange du porc Oui  Non 

**RESPONSABLE LEGAL DE L’ENFANT**

**Situation de la famille** : Célibataire ❒ Marié ❒ / Vie maritale ❒ / Pacsé ❒ Divorcé / Séparé ❒

**RESPONSABLE LEGAL 1**

 NOM : ……………………………………………………………… Prénom : …………….…………………………………❒ Père ❒ Mère ❒ Autre

Adresse : ………………………………………………………………………………… Code postal : ………………. Ville : .………………………………………………………..……

Tel domicile : …………………………………………..…… Portable : ……….……………………………………….……Tél. Professionnel……….……………………………………

Courriel : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Date naissance ………………………………………………Lieu de naissance :……………………………………… Profession : ……………….…………………………….………

**RESPONSABLE LEGAL 2**

 NOM : ………………………………………………..……………… Prénom : …………………………………………………❒ Père ❒ Mère ❒Autre

Adresse : ………………………………………………………………………………… Code postal : ………………. Ville : ………………………………………………………………

Tel domicile : …………………………………………..…… Portable : ……….……………………………………….……Tél. Professionnel……….……………………………………

Courriel : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Date naissance ………………………………………………Lieu de naissance :……………………………………… Profession : ……………….…………………………….………

**AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D’URGENCE (Obligatoire)**

NOM : ……………………………………………………………………………… Téléphone : ……………………………………………Lien de parenté…………………………..………

NOM : ……………………………………………………………………………… Téléphone : ……………………………………………Lien de parenté……………….………..…………

❒ Souhaite recevoir mes factures par mail à l’adresse suivante : ………………………………………………………

❒Autorise le directeur de l’établissement (accueil périscolaire et extrascolaire) à faire pratiquer en cas d’urgence, et sur avis médical, les soins ou interventions nécessaires dont aurait besoin mon enfant. Dans l’impossibilité de me déplacer je l’autorise également à rentrer au centre de loisirs avec mon enfant, selon l’avis médical.

❒Autorise la prise de photos/vidéos dans le cadre des activités périscolaires, et l’utilisation dans les publications affiches, brochures, ou expositions réalisées par la ville ou l’organisateur de l’accueil :

 journal municipal, site internet de la ville, Oui ❒ Non ❒réseaux sociaux Oui ❒ Non ❒Salles de centre de loisirs Oui ❒ Non ❒

❒Autorise mon enfant à participer aux ateliers de maquillage  Oui ❒ Non ❒

❒Autorise à communiquer mes coordonnées aux associations de parents d’élèves  Oui ❒ Non ❒

**Réservé au service Guichets Uniques**

Instruit par ……………………………….

Saisie le …………………………

 Le …………/…………/……… **Signature** (précédée de la mention « Lu et approuvé »)