

**ECOLE SAINT AUBIN**

Avenue Gustave Flaubert

Le Roc Cadro

44350 GUERANDE

**FICHE D'INSCRIPTION**

Date de rentrée :

**ENFANT**

Nom ..... Prénom : .....

Date de naissance ..... Sexe F G

Lieu de naissance ..... Département : .....

École précédemment fréquentée : .....

Adresse : .....

Cours suivi en septembre : .....

**PERE & MERE****Mère**

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Adresse : ..... Code Postal : .....

..... Ville : .....

..... Département : .....

Téléphone : / / / / Liste Rouge : OUI / NON

Portable : / / / / Mail : .....

Situation actuelle : Marié(e) – Séparé(e) – Divorcé(e) – Veuf(ve) – Célibataire – Pacsé(e) – Vie commune

Profession : ..... Téléphone travail : / / / /

**Père**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : ..... Code Postal : .....

..... Ville : .....

..... Département : .....

Téléphone : / / / / Liste Rouge : OUI / NON

Portable : / / / / Mail : .....

Situation actuelle : Marié(e) – Séparé(e) – Divorcé(e) – Veuf(ve) – Célibataire – Pacsé(e) – Vie commune

Profession : ..... Téléphone travail : / / / /

En cas de séparation des responsables légaux, merci de joindre le jugement de garde des enfants.

**RELAIS ÉVENTUELS**

En cas d'impossibilité de nous joindre, vous pouvez contacter :

Mr, Mme ..... Téléphone : ..... Ville : .....

Mr, Mme ..... Téléphone : ..... Ville : .....

Mr, Mme ..... confirment avoir pris connaissances du fonctionnement  
pédagogiques et financières de l'école St Aubin de Guérande et confirment l'inscription de leur enfant  
dans cette école.

Père :

Mère

Date :

# DELEGATION de POUVOIRS en cas d'URGENCE

Je, soussigné(e) (Nom, Prénom) .....  
agissant en qualité de .....

**AUTORISE** Madame la directrice de l'école Saint Aubin de Guérande, ou en son absence, l'adjoint ayant délégation, à prendre, **en cas d'urgence**, toutes décisions de **transport, d'hospitalisation ou d'interventions cliniques jugées indispensables et urgentes** par le médecin appelé.

La présente autorisation vaut pour mon enfant : .....  
né(e) le .....

En cas d'impossibilité de me joindre (ou mon conjoint)

Fait à ....., le .....

Signature du père

Signature de la mère

## SANTE de l' ENFANT

### VACCINS OBLIGATOIRES

D.T.P. - 3ème injection .....  
1<sup>er</sup> rappel .....  
2<sup>ème</sup> rappel .....

### VACCINS CONSEILLES

R.O.R : .....

## IMPORTANT A NOTER

Contre-indications médicales : .....

Faut-il un Projet Accueil Individualisé Médical (PAI) ? OUI / NON

Remarques particulières : .....

## COMPOSITION DE LA FAMILLE

Nombre d'enfants : .....

*NOM*

*PRENOM*

*Etablissement fréquenté*

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

**La validité de cette délégation vaudra, sauf avis contraire notifié par écrit,  
tant que cet enfant sera élève de l'établissement.**