

# DOSSIER RENTREE SCOLAIRE A BEAUZAC

ECOLE FREQUENTEE : **ECOLE SAINT JOSEPH**

## RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

### **PARENTS :**

**NOM du Père :** \_\_\_\_\_ **Prénom(s) :** \_\_\_\_\_

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

 (domicile) : \_\_\_\_\_  (Port) : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_  
(nom & tel)

**NOM de la mère :** \_\_\_\_\_ **Prénom(s) :** \_\_\_\_\_

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

 (domicile) : \_\_\_\_\_  (Port) : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_  
(nom & tel)

Situation familiale :  vie maritale  mariés  séparés  divorcés

### **ADRESSE DE FACTURATION DES DIFFERENTS SERVICES :**

(Nom, Prénom & adresse de la personne réglant les prestations) :

### **AUTRES INFOS :**



# AUTORISATION EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_ agissant en qualité de père ou mère

De(s) l'enfant (s) :

(nom & prénom) \_\_\_\_\_

(nom & prénom) \_\_\_\_\_

(nom & prénom) \_\_\_\_\_

(nom & prénom) \_\_\_\_\_

(nom & prénom) \_\_\_\_\_

Autorise(nt) les responsables de la cantine scolaire, du ramassage scolaire

1 – à appeler les secours (pompiers ou SAMU) si un accident survenait

2 – à appeler le médecin traitant en cas de besoin (si les parents ne sont pas joignables)

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

3 – à appeler un médecin disponible en cas de besoin urgent  
(si les parents & le médecin traitant ne répondent pas)

## PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom & Prénoms	Adresse	N° téléphone
<u>Parents</u>		Domicile : _____ Portable : _____
		Domicile : _____ Portable : _____
		Domicile : _____ Portable : _____
		Domicile : _____ Portable : _____
		Domicile : _____ Portable : _____

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Certifie avoir reçu un exemplaire du règlement de la cantine et de la garderie et en avoir pris connaissance.

donne mon accord à la commission communication de la mairie de Beauzac pour que mon enfant soit photographié dans le cadre du ramassage scolaire, de la cantine et de la garderie.

donne mon accord pour la diffusion de ces photos dans le bulletin d'information communale et dans la presse locale.

A BEAUZAC le \_\_\_\_\_

***Nom, Prénom et signature du représentant légal***

# Cadre réservé à la mairie

*Nom, Prénom et signature du représentant légal*

## **VALIDATION** (signature du représentant légal)

2011/2012		2012/2013	
2013/2014		2014-2015	
2015-2016		2016-2017	
2017-2018		2018-2019	

Demande d'inscription au ramassage scolaire

OUI

NON

Si **OUI**, le ou les enfant(s) était(ent)-il(s) inscrits l'année dernière

OUI

NON

Si **OUI** prenait(ent)-il(s) le ramassage régulièrement

OUI

NON

Si **NON** pourquoi ? : \_\_\_\_\_

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

### Réponse de la commission

La demande est

acceptée

refusée

Motif : \_\_\_\_\_  
-----  
-----  
-----