



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS – INSCRIPTION SCOLAIRE 2026-2027



Académie de GRENOBLE

**École Les Clarines**  
**688 Route du Télésiège**  
**74500 BERNEX**  
**04 50 73 60 57**

Pour une entrée à l'école :  Maternelle  Élémentaire Classe : \_\_\_\_\_

## ÉLÈVE

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexe : M  F

NOM d'usage : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu de naissance (commune et département) : \_\_\_\_\_

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

## RESPONSABLES LÉGAUX

### Parent 1

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

NOM Marital (nom d'usage) : \_\_\_\_\_ Autorité parentale : Oui  Non

Profession : \_\_\_\_\_ Situation familiale (2) : \_\_\_\_\_

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

### Parent 2

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

NOM Marital (nom d'usage) : \_\_\_\_\_ Autorité parentale : Oui  Non

Profession : \_\_\_\_\_ Situation familiale (2) : \_\_\_\_\_

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**Autre responsable légal** (personne physique ou morale)Autorité parentale :      Oui     Non 

Organisme : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**Responsables légaux :** il est important de renseigner le document concernant les deux responsables légaux pour la transmission des résultats scolaires (circulaire n°94-149 du 13/04/1994), les élections des représentants des parents d'élèves : chaque parent est désormais électeur et éligible (note de service n°2004-104 du 25/06/2004).

**N° allocataire CAF :** \_\_\_\_\_**PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE**NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  A appeler en cas d'urgenceLien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  Autorisé(e) à prendre l'enfant

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  A appeler en cas d'urgenceLien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  Autorisé(e) à prendre l'enfant

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  A appeler en cas d'urgenceLien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  Autorisé (e) à prendre l'enfant

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES**Garderie matin :    Oui     Non     Parfois       Garderie soir :    Oui     Non     Parfois Restaurant scolaire : Oui     Non  Parfois 

Nous nous engageons à signaler à l'école et à la mairie tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date :

Signature de la mère :

Signature du père

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

## SANTE

Votre enfant a-t-il des allergies ? Oui  Non

Si oui, quelles allergies ?  alimentaires  asthme  médicamenteuses

Votre enfant a-t-il besoin d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ? Oui  Non

Document écrit, interne à l'établissement scolaire, le **projet d'accueil individualisé** (PAI) :

- définit les adaptations apportées à la vie de l'enfant en collectivité
- répertorie les traitements et/ou les régimes médicaux ;
- précise, au besoin, les aménagements de la scolarité en lien avec l'état de santé.

Il concerne les enfants atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période sans reconnaissance du handicap : pathologies chroniques (exemples : asthme, allergies, intolérance alimentaire...).

Le PAI peut concerner le temps scolaire, mais aussi le temps périscolaire.

L'enfant suit un traitement médical ? Oui  Non

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

Nous nous engageons à signaler à l'école et à la mairie tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date :

Signature de la mère :

Signature du père :

Le droit d'accès et de rectification des personnes aux données les concernant s'exerce auprès du directeur d'école, de l'IEN de circonscription ou de l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale dans les conditions définies par les articles 39 et 40 de la loi n°78-17 du 6 janvier relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004.