



VILLE D'EMBRUN
SERVICE VIE SCOLAIRE

ANNÉE SCOLAIRE 2025/2026

**DOSSIER DE
RENSEIGNEMENTS**

POUR TOUS : documents à rendre au plus tard le 4 juillet 2025

- ① Fiche de renseignements (1 par famille)
- ② Fiche sanitaire de liaison (1 par enfant)
- ③ Photocopie du carnet de vaccinations
- ④ Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- ⑤ Attestation d'assurance 2025/2026
- ⑥ Coupon du règlement intérieur signé
- ⑦ Copie R°/V° de l'avis d'imposition 2024 du foyer

Les données personnelles recueillies via le dossier administratif sont assujetties à la Règlementation Générale de la Protection des Données.

ENFANT(S)

- 1 Nom et prénom(s) de l'enfant : _____
Date et lieu de naissance : _____
- 2 Nom et prénom(s) de l'enfant : _____
Date et lieu de naissance : _____
- 3 Nom et prénom(s) de l'enfant : _____
Date et lieu de naissance : _____

PARENTS (champs obligatoires)

Parent responsable du dossier (facture adressée à) ↓

Nom, prénom : _____

☎ Fixe : _____ ☎ Portable : _____

Courriel (écrire avec soin) : _____

_____ @ _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Profession : _____

Adresse et n° de téléphone de l'employeur : _____

Nom de la ou les personne(s) ayant l'autorité parentale : _____

Parent 2

Nom, prénom : _____

☎ Fixe : _____ ☎ Portable : _____

Courriel (écrire avec soin) : _____

_____ @ _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Profession : _____

Adresse et n° de téléphone de l'employeur : _____

SITUATION FAMILIALE

- Mariés Célibataire Vie maritale Séparés Divorcés PACS Veuf (ve)

Nom et adresse de la caisse Sécurité Sociale : _____

Caisse d'Allocations Familiales-Nom de l'adhérent : _____ N° d'Allocataire : _____

AUTORISATIONS PARENTALES : Personne(s) autorisée(s) à récupérer l'(les) enfant(s) si parents injoignables.

Nom, lien de parenté, adresse et n° de téléphone : _____

Je soussigné(e) _____

père, mère de(s) l'enfant(s) _____ certifie que mon (mes) enfant(s) est (sont) assuré(s).

Nom et adresse de la compagnie : _____

N° du contrat : _____

J'autorise la commune à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'hospitalisation de mon (mes) enfant(s).

J'autorise la prise d'images de mon (mes) enfant(s) dans le cadre des activités scolaires / périscolaires et leur éventuelle diffusion.

Date :

Signature(s) :