

ÉCOLE MUNICIPALE DES SPORTS

Bulletin d'inscription 2025 / 2026

L'enfant

Nom et prénom(s) de l'enfant :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe : Féminin Masculin

Rentrée 2025 : École :

Classe :

Les parents

Nom et prénom de la mère :

N° téléphone :

Adresse mail :

Nom et prénom du père :

N° téléphone :

Adresse mail :

Situation familiale

Situation familiale :

Mariés PACS Union libre Célibataire Divorcés Séparés

Veuf(ve)

Adresse complète :

En cas de divorce ou de séparation, préciser :

Autorité parentale : Conjointe A la mère Au père

Résidence principale : Garde alternée Chez la mère Chez le père

Seconde adresse :

Autorisation

Personne(s) autorisée(s) à prendre mon enfant en charge (autres que les responsables légaux) :

Nom et prénom(s) :

Qualité :

N° téléphone :

Numéro de sécurité sociale :

Médecin traitant :

Tél. :

Renseignements médicaux :

Vaccins obligatoires à jour : **Oui** **Non**

Maladies contractées :

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angines <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otites <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeoles <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Asthme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre(s) : A préciser			

Traitement médical :

L'enfant suit-t-il un traitement quotidien : **Oui** **Non**

Si oui, préciser :

L'état de santé de l'enfant nécessite un traitement médical d'urgence :

Oui **Non**

**Je soussigné(e),
responsable légal(e) de l'enfant.....,
déclare exacts les renseignements portés sur ce document et m'engage à
signaler par écrit à la Mairie tout changement de situation.
Je m'engage à ce que mon enfant suive l'ensemble des cycles
programmés sur l'année.**

Fait à L'Isle d'Espagnac, le.....

Signature responsable*

Signature responsable*

***En cas de garde alternée, les deux signatures sont demandées.**