

FICHE D'INSCRIPTION SCOLAIRE

➤ ENFANT A INSCRIRE

En cas de demande de dérogation scolaire, joindre l'imprimé de dérogation signé

ELEVE	
Nom	_____
Prénoms	_____ Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date et lieu de naissance	_____ à _____
Adresse	_____ _____
L'enfant réside	Parents <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>
Scolarité demandée	Maternelle <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Classe : _____

➤ RESPONSABLES LEGAUX

	RESPONSABLE N°1	RESPONSABLE N° 2
Autorité parentale	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Nom	_____	_____
Nom de jeune fille	_____	_____
Prénoms	_____	_____
Qualité (père, mère, tuteur..)	_____	_____
Adresse	_____ _____	_____ _____
Téléphone dom.	_____	_____
Téléphone portable	_____	_____
Téléphone prof.	_____	_____
Adresse mail	_____	_____

➤ INFORMATIONS PERISCOLAIRES

Garderie matin : oui non

Restaurant scolaire : oui non

Allergies alimentaires : oui non

Garderie soir : oui non

Transport scolaire : oui non

➤ ATTESTATIONS DES RESPONSABLES

Je soussigné(e), _____ responsable n° 1 de l'enfant, titulaire de l'autorité parentale, certifie l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

Le : ___ / ___ / ___

Signature

Je soussigné(e), _____ responsable n° 2 de l'enfant, titulaire de l'autorité parentale, certifie l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

Le : ___ / ___ / ___

Signature

➤ PIECES FOURNIES

Livret de famille

Justificatif de domicile – 3 mois

Jugement de divorce

Carnet de santé : DTP, coqueluche, Haemophilus, Hépatite B : ___ / ___ / ___

Pneumocoque : ___ / ___ / ___

Méningocoque : ___ / ___ / ___

ROR : ___ / ___ / ___

Cadre réservé à la mairie

Date de réception du dossier : ___ / ___ / ___

Le Maire,
Michel BEAL

Inscription sur rendez-vous
Service scolaire : 04 50 68 66 97