



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DEPARTEMENT DU TARN

FICHE DE DEMANDE
D'INSCRIPTION SCOLAIRE
2026 / 2027

- Ecole Maternelle
 Ecole Elémentaire

Nom et prénom de l'enfant : _____

Né(e) le : _____ A : _____

Sexe (Rayer la mention inutile) : FEMININ MASCULIN

Adresse : _____

Classe : _____

Date de la demande :

Signature Responsable 1 :

Signature Responsable 2 :

Pièces justificatives à fournir obligatoirement :

- **Le livret de famille**, si divorce ou décision de justice : fournir la copie du document justifiant la garde de l'enfant.
- **Un justificatif de domicile** datant de moins de 1 an (facture EDF, Taxe d'habitation ou contrat de location ou acte du bien).
- **Le carnet de santé** avec tous les vaccins obligatoire à jour.
- **Le certificat de radiation** de l'école fréquentée précédemment.
- **Attestation d'assurance scolaire** de l'année scolaire en cours.

Réservé à l'administration. Demande reçu le : _____

Avis du Maire
de Résidence :

Date et signature

Avis du Maire
d'Accueil :

Date et signature

FICHE D'INSCRIPTION

2026-2027

| ENFANT | |
|-------------|--|
| Identité | Photo (*) |
| Nom : |  <small>* A fournir si manquant.</small> |
| Prénom : | |
| Sexe : | |
| Naissance : | |
| A : | |
| Email : | |
| Tel : | |

| ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE | |
|---------------------------------|--|
| Assureur : | |
| Num : | |

| RESPONSABLE LEGAL | |
|--|--|
| Responsable 1 | Responsable 2 |
| Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : |
| Nom de naissance (si allocataire du foyer) : | Nom de naissance (si allocataire du foyer) : |
| Profession : | Profession : |
| Catégorie socio-professionnelle : | Catégorie socio-professionnelle : |
| Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez) | Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez) |
| Date de naissance : | Date de naissance : |
| Pays de naissance : | Pays de naissance : |
| Ville de naissance (si pays de naissance = France) : | Ville de naissance (si pays de naissance = France) : |
| Type : Père / Mère / Autre (Précisez) | Type : Père / Mère / Autre (Précisez) |
| Adresse : | Adresse : |
| Email : | Email : |
| Tél. : | Tél. : |
| Portable : | Portable : |
| Tél. Pro. : | Tél. Pro. : |
| Numéro fiscal : | Numéro fiscal : |

PERSONNES A CONTACTER

Contacts existants

| Nouveaux contacts | | | |
|---------------------------------------|-----------|---------------------------------------|-----------|
| Contact | | Contact | |
| Nom : | | Nom : | |
| Prénom : | | Prénom : | |
| Type : Père / Mère / Autre (Précisez) | | Type : Père / Mère / Autre (Précisez) | |
| Tél. : | | Tél. : | |
| Portable : | | Portable : | |
| Appel en cas d'urgence : | OUI / NON | Appel en cas d'urgence : | OUI / NON |
| Autorisé à récupérer l'enfant : | OUI / NON | Autorisé à récupérer l'enfant : | OUI / NON |

| Contact | | Contact | |
|---------------------------------------|-----------|---------------------------------------|-----------|
| Nom : | | Nom : | |
| Prénom : | | Prénom : | |
| Type : Père / Mère / Autre (Précisez) | | Type : Père / Mère / Autre (Précisez) | |
| Tél. : | | Tél. : | |
| Portable : | | Portable : | |
| Appel en cas d'urgence : | OUI / NON | Appel en cas d'urgence : | OUI / NON |
| Autorisé à récupérer l'enfant : | OUI / NON | Autorisé à récupérer l'enfant : | OUI / NON |

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

| Autorisations | Réponse |
|---|----------------|
| Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche). | OUI / NON |
| Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures. | OUI / NON |
| Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure. | OUI / NON |
| Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical,hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant | OUI / NON |

| Appareillage | Réponse |
|--|----------------|
| Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ? | OUI / NON |
| Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ? | OUI / NON |
| Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ? | OUI / NON |

| Handicap | Réponse |
|--|----------------|
| Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ? | OUI / NON |

Données complémentaires

| | |
|---------------------------------|-----------------|
| Forfait annuel GARDERIE MATIN : | --- / OUI / NON |
| Forfait annuel GARDERIE SOIR : | --- / OUI / NON |
| Forfait annuel REPAS : | --- / OUI / NON |

| Informations médicales | | |
|------------------------|-----------|------------|
| Médecin | Téléphone | Spécialité |
| | | |

| Allergies | Pratiques alimentaires |
|-----------|------------------------|
| | |
| | |
| | |

| Contre-indication | Date de début | Date de fin | Observation |
|-------------------|---------------|-------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

INSCRIPTIONS AUX ACTIVITES

Mode d'emploi :

Si vous désirez inscrire votre enfant à une des activités ci dessous, modifiez la semaine type et entourez la mention 'Ajouter'

Remarque : Les cases grisées correspondent à des jours où l'activité est fermée.

Etablissement :Ecole

ATTESTATION

Nous soussignés (*)

responsables légaux de l'enfant (*)

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

| Responsable 1 (*) | Responsable 2 |
|-------------------|---------------|
| Fait à : | |
| Date : | |
| Signature : | |

* A remplir obligatoirement