

Inscription scolaire

Écoles Publiques

ANNEE 2026-2027

Votre enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Ville de naissance :

Département de naissance :

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Adresse :

L'enfant est-il déjà scolarisé :

☐ Oui ☐ Non

Si oui, nom de l'école :

Nom de la commune :

Scolarité de l'enfant

Mon enfant est déjà inscrit à l'école maternelle du groupe scolaire souhaité : ☐ Oui ☐ Non

Nom de l'école de rattachement : Classe :

Inscription : ☐ pour la rentrée scolaire 2026/2027 ☐ en cours d'année à compter du :/...../.....

Un frère, une sœur sont également inscrits dans le groupe scolaire souhaité : ☐ Oui ☐ Non :

Nom, Prénom et Classe :

Nom, Prénom et Classe :

Nom, Prénom et Classe :

Parents ou personnes ayant la responsabilité légale de l'enfant

	Parent ou représentant(e) 1	Parent ou représentant(e) 2
Nom :	.....	.....
Prénom :	.....	.....
Adresse complète	.....	.....
Lien de parenté	☐ Père ☐ Mère	☐ Père ☐ Mère
N° tél domicile	.....	.....
N° tél portable	.....	.....
Courriel	.....	.....
Situation familiale	☐ Célibataire ☐ Concubin(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Marié(e) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)	☐ Célibataire ☐ Concubin(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Marié(e) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)
En cas de séparation, un jugement a-t-il été prononcé ?	☐ Oui ☐ Non (si oui, copie du jugement obligatoire)	
Quel parent détient l'autorité parentale ?	☐ Père ☐ Mère ☐ commune	
Qu'elle est la résidence principale de l'enfant ?	☐ Père ☐ Mère ☐ alternée	

Cadre réservé à la Direction Enfance Jeunesse Éducation

☐ Avis favorable ☐ Avis défavorable pour le motif suivant :

A Sautron, le

L'Adjointe à l'Enfance Jeunesse Éducation, Laëtitia CALMONT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON [2026-2027]

Nom : Prénom : Date de naissance : Sexe : F ou M

École fréquentée : Classe :

Renseignements médicaux

Photocopies du carnet de vaccinations obligatoires

Si l'enfant n'est pas vacciné, merci de joindre un certificat de contre-indication et d'indiquer le motif :

Indiquer les maladies déjà contractées par votre enfant	☐ Rubéole	☐ Varicelle	☐ Rougeole	☐ Angines	☐ Asthme
	☐ Coqueluche	☐ Scarlatine	☐ Oreillons	☐ Otites	

Indiquer les difficultés de santé de l'enfant (maladies, allergies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

Indiquez les allergies et/ou l'asthme de votre enfant et précisez si vous souhaitez mettre en place ou reconduire un P.A.I. (1)

Allergie (1) alimentaire	☐ oui	☐ non	Merci de préciser :
			P.A.I. : Mise en place ☐ oui ☐ non <u>ou</u> Reconduction : ☐ oui ☐ non <i>Aucun médicament ne sera administré sans P.A.I.</i>
Asthme(2)	☐ oui	☐ non	P.A.I. : Mise en place ☐ oui ☐ non <u>ou</u> Reconduction : ☐ oui ☐ non <i>Aucun médicament ne sera administré sans P.A.I.</i>
Allergie médicamenteuse	☐ oui	☐ non	Si oui, préciser :

Indiquer les recommandations utiles pour votre enfant (port de lentilles ou lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires...) :

Régime alimentaire

Menu ordinaire ☐	Observations particulières :
Menu sans viande ☐	

Autorisations de sortie et droit à l'image

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que les responsables légaux) :

Nom et prénom	Qualité	Téléphone

Si l'enfant a plus de 8 ans révolus, et qu'il est autorisé à quitter seul la structure, cocher la case ci-contre : ☐

Autorisez-vous la ville de Sautron à utiliser à titre gracieux sur ses supports d'information toute photographie de votre/vos enfants(s), prise dans le cadre d'une activité scolaire ou extra-scolaire : ☐ oui ☐ non

Autorisation de soins – Personnes à joindre en cas d'urgence

Nous soussignés,
Responsables légaux de l'enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons le responsable à donner des soins médicaux nécessaires et en cas d'urgence à appeler le médecin ou les pompiers et m'engage à régler les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération.

Téléphone	Domicile	Portable	Travail	E-mail (correspondance par mail privilégiée par le Pôle Famille)
Parent 1				
Parent 2				

Date et signature :

1) Si votre enfant présente une allergie alimentaire, un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) doit être signé sous la responsabilité du médecin scolaire ou de P.M.I., entre les parents, le directeur d'école et la municipalité. **Merci de joindre un certificat établi par l'allergologue et une photo récente de l'enfant et de prendre contact avec l'école pour la prise de rendez-vous avec le médecin.** (2) Le P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) n'est pas obligatoire pour l'asthme. Toutefois, il est possible de mettre en place un P.A.I., en concertation avec les parents, le médecin scolaire ou de P.M.I., le directeur d'école, et la municipalité. **Merci de joindre un certificat établi par le médecin et une photo récente de l'enfant et de prendre contact avec l'école pour la prise de rendez-vous avec le médecin.**