



DOSSIER D'INSCRIPTION ECOLES PUBLIQUES

2021/2022

- MATERNELLE** de Fontgrande « Jean FERRAT »
 Petite section Moyenne section Grande Section
- ELEMENTAIRE** de Fontgrande « Jean FERRAT »
 CP CE1 CE2 CM1 CM2

ENFANT

NOM : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Fille Garçon

Etablissement scolaire fréquenté année précédente :

Résidence habituelle de l'enfant :

responsable légal 1 responsable légal 2

Garde alternée, merci de préciser le rythme :

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

RESPONSABLE LEGAL 1 : autorité parentale oui non

Père Mère Tuteur (trice)

Marié(e) Union libre Pacsé(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Célibataire

NOM : Prénom :

Conjoint(e) *(si différent du Responsable légal 2) :*

NOM : Prénom :

Adresse :

N° rue : Bât. : Appart. :

Code postal : Ville :

Profession : Employeur :

☎ fixe :/...../...../...../..... ☎ port. :/...../...../...../..... ☎ pro. :/...../...../...../.....

Courriel :@.....

N° ALLOCATAIRE : CAF MSA :

.../...

RESPONSABLE LEGAL 2 : autorité parentale oui non Père Mère Tuteur (trice) Marié(e) Union libre Pacsé(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Célibataire

NOM : Prénom :

Conjoint(e) (si différent du Responsable légal 2) :

NOM : Prénom :

Adresse :

N° rue : Bât. : Appart. :

Code postal : Ville :

Profession : Employeur :

☎ fixe :/...../...../...../..... ☎ port. :/...../...../...../..... ☎ pro. :/...../...../...../.....

Courriel :@.....

N° ALLOCATAIRE : CAF MSA :**FRERES et SOEURS :**1 - NOM – PRENOM :

Date de naissance :/...../.....

Etablissement scolaire fréquenté :

2 - NOM – PRENOM :

Date de naissance :/...../.....

Etablissement scolaire fréquenté :

3 - NOM – PRENOM :

Date de naissance :/...../.....

Etablissement scolaire fréquenté :

4 - NOM – PRENOM :

Date de naissance :/...../.....

Etablissement scolaire fréquenté :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**MEDECIN TRAITANT**

NOM : _____ ☎ : /___/___/___/___/___/___/___

Adresse : _____

Caisse d'Assurance Maladie : _____

N° de sécurité sociale : /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

Mutuelle : _____

AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné (e), M., Mme _____
 responsable légal de l'enfant, autorise le (la) directeur(trice) ou l'enseignant responsable de l'enfant à
 prendre les mesures nécessaires (appel d'un médecin, du SAMU, hospitalisation) devant tout problème
 de santé urgent qui surviendrait à mon enfant.

Je m'engage à acquitter tous les frais occasionnés par ces interventions.

.../...

RESERVE A L'ADMINISTRATION

◆ CERTIFICAT D'INSCRIPTION

Lieu d'affectation rentrée scolaire :

Niveau scolaire :

Saint-Benoît-de-Carmaux, le

Thierry SAN ANDRES,
Maire,