

Demande d'Inscription Scolaire

Année Scolaire 20 ___ / 20 ___

1- Renseignements concernant l'Enfant

NOM (en majuscules): _____ Prénom(s): _____

Sexe: Fille Garçon

Né(e) le : Année : Mois Jour

Adresse

N°: _____ Rue: _____

Lieu-dit: _____

Code Postal: _____ Ville: _____

Demande d'inscription en:

Maternelle: TPS PS MS GS

Elémentaire: CP CE1 CE2 CM1 CM2

Si l'enfant est déjà scolarisé:

Classe: _____ Ecole: _____ CP: _____ Ville: _____

2- Responsable Légal

Situation du (ou des) parents: marié couple monoparentale

Si divorcés ou séparés: Garde alternée oui non

Père

Nom: _____ Prénom(s): _____

Adresse: N°: _____ Rue: _____

Code Postal: _____ Ville: _____

 Domicile: _____  Portable: _____

 Mail: _____ @ _____

Nationalité: _____

Profession: _____ Employeur*: _____

 Travail: _____ (*nom & adresse) _____

Mère

Nom: _____ | Prénom(s): _____

Adresse: N°: _____ Rue: _____

Code Postal: _____ Ville: _____

 Domicile: _____  Portable: _____



Mail: _____ @ _____

Nationalité: _____

Profession: _____ Employeur*: _____

 Travail: _____ (*nom & adresse) _____

Si responsable légal différent des parents

Nom: _____ Prénom(s): _____
 Adresse: N° _____ Rue: _____
 Code Postal: _____ Ville: _____
 Domicile: _____  Portable: _____
 Mail: _____@_____
 Qualité: _____

3- Fraterie

Nom: _____ Prénom(s): _____ Né(e) le : ___ / ___ / ___ Classe : _____
 Nom: _____ Prénom(s): _____ Né(e) le : ___ / ___ / ___ Classe: _____
 Nom: _____ Prénom(s): _____ Né(e) le : ___ / ___ / ___ Classe: _____

4- Fréquentation

	Restauration	Garderie Matin	Garderie Soir	ALSH	Transport Scolaire	
					Matin	Soir / Midi
Lundi						
Mardi						
Mercredi						
Jeudi						
Vendredi						

5- Santé

La sécurité des enfants atteints d'allergies ou de certaines maladies est prise en compte dans le cadre d'une démarche appelée Projet d'Accueil Individualisé, ou P.A.I. Si votre enfant est dans cette situation, merci de nous le signaler et de vous rapprocher du secrétariat de la mairie pour vous aider à la constitution du P.A.I.

Oui Non

6- Pièces Justificatives à joindre au dossier



Livret de famille, copie complète

Justificatif de domicile

Copie du carnet de vaccination à jour de l'enfant

6- Déclaration et Signatures

Je soussigné(e), _____,
 responsable légal de l'enfant _____.

 Déclare exacts les renseignements portés sur ce document.
 Joins les justificatifs correspondants à ma situation.

Fait à _____, le ___ / ___ / _____

Signature(s):

* Le caractère confidentiel des informations est strictement limité aux personnels habilités par l'administration. Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les données nominatives vous concernant.