

**FICHE INDIVIDUELLE INSCRIPTION SCOLAIRE**

Année scolaire : 20.... / 20....  
Classe : .....

Ecole souhaitée : .....  
Ecole précédente : .....

**ELEVE**

Nom : ..... Prénom : .....  
Né(e) le : ..... Lieu de naissance : .....  
Nationalité : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Sexe :  Masculin  Féminin

**RESPONSABLES LEGAUX**

PERE	MERE
Autorité parentale : OUI - NON	Autorité parentale : OUI - NON
Situation familiale : .....	Situation familiale : .....
Nom : .....	Nom de jeune fille : .....
Prénom : .....	Nom marital : .....
Adresse : .....	Prénom : .....
.....	Adresse (si différente) : .....
Code Postal : .....	.....
Commune : .....	Code Postal : .....
Profession : .....	Commune : .....
Tél. Domicile : .....	Profession : .....
Portable : .....	Tél. Domicile : .....
Bureau : .....	Portable : .....
Mail : .....	Bureau : .....
N° CAF : .....	Mail : .....
	N° CAF : .....

**AUTRE RESPONSABLE LEGAL (personne physique ou morale)**

Autorité parentale : OUI - NON

Organisme : .....	Personne référente : .....
Fonction : .....	Lien avec l'enfant : .....
Adresse : .....	.....
Code postal : .....	Commune : .....
Téléphone : .....	Téléphone portable : .....

Accord de l'inscription : OUI - NON

Le ..... / ..... / 20....

Le Vice-président en charge des affaires scolaires

M. COUDRAY Pascal

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE**

Nom : .....	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence
Prénom : .....	<input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant
Lien avec l'enfant : .....	
Adresse : .....	
Code postal : .....	Commune : .....
Téléphone : .....	Téléphone portable : .....
Nom : .....	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence
Prénom : .....	<input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant
Lien avec l'enfant : .....	
Adresse : .....	
Code postal : .....	Commune : .....
Téléphone : .....	Téléphone portable : .....

**MEDECIN TRAITANT**

Nom : .....	
Adresse : .....	
Code postal : .....	Commune : .....
Téléphone : .....	Téléphone portable : .....
Vaccination DT Polio : OUI - NON	Date du vaccin : ..... / ..... / .....
	Date du rappel : ..... / ..... / .....

**INSCRIPTION PERISCOLAIRE**

Cantine :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Car :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Garderie matin :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Garderie soir :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Commentaire : .....		
.....		

**DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES A FOURNIR**

- ✓ le livret de famille, une carte d'identité ou une copie d'extrait d'acte de naissance
- ✓ un justificatif de domicile
- ✓ un document attestant que l'enfant a subi les vaccinations obligatoires pour son âge

Fait à : .....

Le : .....

**Signature du père :**

**Signature de la mère :**