



INSCRIPTION SCOLAIRE 2024 - 2025 ECOLE ELEMENTAIRE CHAMP FLEURI

Inscription en Mairie le :

Inscription provisoire du au

Motif :

.....

.....

.....

Avis du Maire

Favorable

Défavorable

Le Maire,

Jean-Marc CHANUSSOT

DOCUMENTS À PRESENTER

- Livret de Famille
- Carnet de Santé
- Justificatif de Domicile
- Certificat de Radiation

NOM de l'élève : Prénom :

Classe : Date et lieu de Naissance :

Nom/Prénom du parent 1 :

n° : Rue :

Code postal : Commune :

N° et adresse du centre de sécurité sociale :

N° et adresse de l'assurance scolaire :

Nom/Prénom du parent 2 :

n° : Rue :

Code postal : Commune :

Si parents séparés, l'enfant vit chez : la mère le père

Garde alternée : Fournir le calendrier

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.
Veuillez faciliter notre tâche, en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

N° de téléphone du domicile :

N° du travail du parent 1 : N° du travail du parent 2 :

N° portable parent 1 : Parent 2 :

- Adresse mail Parent 1 :
- Adresse mail Parent 2 :
- Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :
-

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

MEDECIN TRAITANT

Nom : n° de téléphone :
 Adresse : n° : Rue :
 Code postal : Commune :

Y-a-t'il à votre domicile une personne susceptible d'accueillir votre enfant dans le courant de la journée, si besoin ?

Oui / Non

Son nom :

Dans la négative à qui souhaitez- vous qu'il soit confié ? :

Nom : n° de téléphone :
 n° : Rue :
 Code postal : Commune :

VACCINATIONS

Date de vaccination :

Tetracoq DTCP Vaccin 1ère injection : Vaccin 2ème injection :
 Vaccin 3ème injection : Rappel :

BCG :

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (précautions particulières à prendre, appétit, sommeil, allergies, maladies, accidents ...):

.....

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES À USAGE CONFIDENTIEL

	NOM	PRENOM	Date de Naissance	Profession et lieu de travail
Parent 1			.../.../...	
Parent 2	Nom de naissance : Nom marital :/.../...	
FRERE(S) et / ou SŒUR(S)/.../... .../.../... .../.../... .../.../...	

Tous les enfants vivent-ils au domicile des parents ? oui / non

➤ EN CAS DE MODIFICATIONS EN COURS D'ANNEE (composition de la famille, changement d'adresse, de téléphone, ...) MERCI D'INFORMER LA DIRECTRICE DE L'ECOLE

	Date	Signature des Parents
1 ^{ère} année		
2 ^{ème} année		
3 ^{ème} année		

() j'autorise la directrice à inscrire le nom de mon enfant sur la liste de la classe affichée à la porte de l'école la veille de la rentrée pour une période d'une journée.