

## DEMANDE D'INSCRIPTION SCOLAIRE

**IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE :**

SEXE : M / F

NOM ET PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

LIEU DE NAISSANCE : .....

DOMICILE : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS :**

NOM ET PRÉNOM DU PARENT 1 : .....

PROFESSION : .....

TÉLÉPHONE TRAVAIL : .....

ADRESSE DU DOMICILE : .....

TÉLÉPHONE : .....

NOM ET PRÉNOM DU PARENT 2 : .....

PROFESSION : .....

TÉLÉPHONE TRAVAIL : .....

ADRESSE DU DOMICILE : .....

TÉLÉPHONE : .....

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :**

Conformément au Code de la Santé Publique tout enfant, pour être scolarisé, doit être à jour des vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la tuberculose.

NOM DU MÉDECIN TRAITANT : .....

TÉLÉPHONE : .....

Plan d'accueil individualisé (PAI) en cas d'allergie alimentaire : OUI  NON

**SCOLARITÉ ANTÉRIEURE :**

ÉCOLE FRÉQUENTÉE : .....

CLASSE : .....

DATE : .....

CACHET DE LA MAIRIE  
VISA DU MAIRE

SIGNATURE DES PARENTS