

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 :

ADRESSE MAIL :

NOM ET PRÉNOM DU PARENT 2 :

PROFESSION :

TÉLÉPHONE TRAVAIL :

ADRESSE DU DOMICILE :

TÉLÉPHONE :

ADRESSE MAIL :

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