

École du secteur :	
École souhaitée :	
Classe :	

FICHE D'INSCRIPTION SCOLAIRE 2022/2023

NOM et Prénom de l'enfant :		
<input type="checkbox"/>	Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin
Date et lieu de naissance :		
Adresse :		

SITUATION FAMILIALE ACTUELLE

<input type="checkbox"/>	Mariés	<input type="checkbox"/>	Concubins	<input type="checkbox"/>	Célibataire	<input type="checkbox"/>	Séparés	<input type="checkbox"/>	Divorcés	<input type="checkbox"/>	Pacsés	<input type="checkbox"/>	Veuf-Veuve
--------------------------	--------	--------------------------	-----------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------	--------------------------	----------	--------------------------	--------	--------------------------	------------

Responsable légal 1 :		
<input type="checkbox"/>	Père	<input type="checkbox"/> Mère
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Tuteur
NOM :		
Prénom :		
Date de naissance :		
Lieu de naissance :		
Adresse :		
Tél. fixe :		
Tél. portable :		
E-mail :		
Profession :		
Employeur :		
Tél employeur :		

Responsable légal 2 :		
<input type="checkbox"/>	Père	<input type="checkbox"/> Mère
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Tuteur
NOM :		
Prénom :		
Date de naissance :		
Lieu de naissance :		
Adresse :		
Tél. fixe :		
Tél. portable :		
E-mail :		
Profession :		
Employeur :		
Tél employeur :		

Si les parents sont séparés ou divorcés, merci de préciser si une garde alternée est en place :

<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Une semaine sur deux	<input type="checkbox"/>	Autre (Précisez : _____)
--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------	----------------------	--------------------------	---------------------------

FRÈRES ET SŒURS SCOLARISÉS

NOM et Prénom	Date de naissance	École et classe fréquentées

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

NOM, adresse et téléphone du médecin traitant :

--

Personne à joindre en cas d'urgence :	Mr ou Mme	
	Tél. :	

En cas d'urgence, votre enfant sera hospitalisé au Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien.

Maladies ou allergies à signaler :

Observations particulières :

VACCINATIONS

DATES

VACCINATIONS	DATES

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Caisse de Sécurité Sociale et numéro de Sécurité Sociale :	
Caisse d'Allocations Familiales et numéro d'allocataire :	
Quotient familial :	
Responsabilité Civile et numéro d'assuré :	
En cas de tutelle, précisez le nom du Tuteur et de l'organisme :	

Responsable légal et **payeur** des services scolaires et périscolaires utilisés par l'enfant :

	Père		Mère		Tuteur		Paiement alterné en fonction des semaines de garde
Autre (Précisez NOM, Prénom, adresse et téléphone)							

COORDONNÉES DE L'ASSISTANTE MATERNELLE

NOM et Prénom :		
Adresse :		
Tél. :		
Autres enfants en garde :		
NOM et Prénom	Nom de l'école où l'enfant est scolarisé	Enfant non scolarisé

AUTRE PERSONNE à joindre en cas d'urgence et/ou AUTORISÉE à prendre l'enfant à la sortie de l'école et de la garderie :

NOM et Prénom :			
Adresse :			
Tél. :			

SCOLARISATION DE VOTRE ENFANT

	1ère scolarisation		
Déjà scolarisé(e)	Classe :		
	Ecole :		
	Ville :		

SERVICES PÉRISCOLAIRES / PORTAIL FAMILLE

Mon enfant fréquentera les services suivants (services payants) :

Cantine :		Oui		Non
Garderie périscolaire :		Oui		Non
Etudes surveillées (CE2/CM1/CM2) :		Oui		Non

Le service scolaire prendra contact avec vous pour la création de votre compte Portail Famille et un identifiant de connexion vous sera délivré

Je soussigné(e) _____ certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus, et m'engage à déclarer en Mairie, au Service des Affaires Scolaires, tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Fait à :

Le :

Signature du Père :

Signature de la Mère :