

INSCRIPTIONS SCOLAIRES 2020-2021

Fiche de renseignement à retourner complétée au service scolaire lors de l'inscription en Mairie

1 FICHE PAR ENFANT

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant : Garçon : Fille :

Né(e) le : à

Ecole de secteur :

Coordonnées des deux parents (remplir les 2 colonnes) ou du responsable légal (remplir seulement la 1^{ère} colonne)

INFORMATIONS	Responsable légal 1 <input type="checkbox"/> / Tuteur(ice) ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Responsable légal 2 ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
<small>⁽¹⁾ Merci de cocher la case du parent à joindre en premier en cas d'urgence</small>			
Nom			
Prénom			
Adresse			
Tél. mobile			
Tél. pro			
Tél. domicile			
Email ⁽²⁾			
<small>⁽²⁾ La facturation des services municipaux (restauration, études, ...) vous sera transmise à cette adresse</small>			
Situation Familiale	Mariés <input type="checkbox"/>	Veuf(ve) <input type="checkbox"/>	Séparés ⁽³⁾ <input type="checkbox"/>
	Pacsés <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/>	Divorcés ⁽³⁾ <input type="checkbox"/>
	Union libre <input type="checkbox"/>	<i>Précisez si : garde alternée</i> <input type="checkbox"/>	
<small>⁽³⁾ Si séparé ou divorcé joindre copie de l'ordonnance du juge</small>			

AUTRES ENFANTS DU FOYER

Nom	Prénom	Date de naissance	Ecole fréquentée

Personne(s) ayant l'autorisation ou l'interdiction de venir chercher l'enfant

Nom et Prénom	Téléphone	Lien de parenté	Autorisation	Interdiction
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Restauration scolaire : externe demi-pensionnaire

Etudes surveillées (pour les écoles élémentaires): forfait mensuel forfait mi-temps occasionnel

L'enfant est-il allergique ? OUI NON (Si oui, demander un dossier Protocole d'Accueil Individualisée (PAI) au Centre Médico-Scolaire Tél : 01.39.13.62.91. mel : cms.sartrouville@ac-versailles.fr)

Je soussigné(e) Madame, Monsieur.....

Certifie(nt) l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus

Fait à Sartrouville le,

Signature des parents ou du responsable légal :