



FICHE D'INSCRIPTION SCOLAIRE

2024-2025

1. Enfant à inscrire

Nom : Prénom :
Date de naissance : Masculin Féminin
Lieu et département de naissance :
Adresse de l'enfant :
Code postal : Ville :

2. Inscription à l'école

Ecole de rattachement :
Maternelle Élémentaire Classe :
Inscription sollicitée à compter : Septembre 2024
 En cours d'année
L'inscription fait- elle suite à une demande de dérogation ? OUI NON
- Date de la décision de la commission de dérogation :

3. Informations concernant les représentants légaux

	PARENT 1 (Père, mère, tuteur)	PARENT 2 (Père, mère, tuteur)
NOM Prénom		
Nom d'usage (marital)		
Adresse		
Code postal		
Ville		
Téléphone domicile		
Portable		
mail (indispensable)		
Profession		
Situation familiale	Célibataire <input type="checkbox"/> Marié (e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Veuf (e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé (e) <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/> Marié (e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Veuf (e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé (e) <input type="checkbox"/>
En cas de séparation	Précisez l'adresse de résidence principale de l'enfant : <input type="checkbox"/> Résidence principale de l'enfant : chez le parent 1 <input type="radio"/> chez le parent 2 <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Résidence alternée, fournir une copie du jugement, ou une attestation signée des 2 parents	

4. Personnes à prévenir en cas d'urgence

NOM	Prénom	Lien avec l'enfant	Tel domicile	Tel portable

5. Renseignements médicaux

Nom de médecin traitant :

Tel :

Vaccins obligatoires : Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite à jour : Oui Date du dernier rappel :

PAI (Projet d'Accueil Individualisé, document mis en place avec le directeur d'école oui non

Allergies alimentaires : Oui Précisez :

Asthme : Oui Non Allergies médicamenteuses Oui Précisez :

6. Assurance de l'enfant (obligatoire pour les activités péri- scolaires)

Responsabilité civile : Oui Non

Individuelle Accident : Oui Non

Compagnie d'assurance :

Numéro de police d'assurance :

7. Informations concernant les activités péri- scolaire (garderie du matin, cantine, goûter, étude)

Votre enfant participera-t-il à une activité périscolaire : oui non

- Garderie du matin
- Cantine
- Gouter
- Etude du soir

Si oui, il est impératif d'inscrire votre (vos) enfant(s) en complétant la fiche prévue à cet effet.

8. Autorisation parentale pour la prise et la diffusion d'image de l'enfant

Je soussigné(e)..... (nom, prénom) agissant en qualité de Parent 1, Parent 2, Tuteur, (rayer les mentions inutiles) demeurant

autorise la ville de Provins à : photographier mon enfant diffuser l'image de mon enfant
(exposition photos, site de la ville, projection de vidéo...)

n'autorise pas la ville de Provins à : photographier mon enfant diffuser l'image de mon enfant
(exposition photos, site de la ville, projection de vidéo...)

Fait à Provins le :

Je soussigné(e)..... (Nom, prénom) agissant en qualité de Parent 1, Parent 2, Tuteur, (*rayer les mentions inutiles*) certifie sur l'honneur que les renseignements fournis sur cette fiche sont exacts et m'engage à signaler tout changement.

Signatures des parents