

ANNEE SCOLAIRE 2026/2027

FICHE D'INSCRIPTION MAIRIE - PRIMAIRE

1. **ENFANT** : Garçon Fille (Rayer la mention inutile)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu :

Nationalité : Inscription en classe de :

2. **ECOLE D'ORIGINE** :

Classe et adresse complète de l'école fréquentée :

.....
.....

3. **RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT** : Père et mère / Père / Mère / Tuteur

(Rayer les mentions inutiles et préciser en cas de divorce ou de séparation la garde des enfant :)

PERE ou TUTEUR

Nom : Prénom (s):

Adresse complète :

.....

☎ (fixe / portable / travail) :

Adresse Mail :

Profession : Employeur:

N° Téléphone employeur :

Tournez SVP.....

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM* de l'élève :

PRENOM* :

Date de naissance :

Lieu :

Classe :

NOM* du père :

PRENOM* :

Profession :

Employeur :

NOM* de la mère :

PRENOM* :

Profession :

Employeur :

(* Prière d'écrire en majuscule)

✓ Si les parents sont séparés, personne ayant la garde de l'enfant :
(Fournir, le cas échéant, une photocopie du jugement pour les nouveaux élèves ou les situations nouvelles)

Adresse de résidence de l'enfant :

Téléphone du domicile : ou

N° de sécurité sociale et adresse complète du centre :

Nom, numéro de l'assurance scolaire et adresse complète :

✓ En cas d'accident, l'école s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous indiquant les numéros des personnes à joindre (travail, assistante maternelle, famille ...)

NOM	PRENOM	N° de téléphone	Qualité (famille, assistante maternelle ...)

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné par un membre de sa famille.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignons Monsieur et/ou Madame autorisons
l'anesthésie de notre fils/fille au cas où, victime d'un accident ou
d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A le

Signature des parents :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

.....

Autres renseignements que vous souhaiteriez nous communiquer (coordonnées de l'orthophoniste, psychologue ...
ou allergies, asthme, précautions particulières à prendre) :

.....

.....

.....

DROIT A L'IMAGE

Au cours de l'année, votre enfant peut être pris en photographie « **dans le cadre de projet scolaire** » et ce toujours
en groupe et **non de manière individuelle**.

Autorisez-vous la prise de photographies de votre enfant lors d'activités scolaires **au sein de l'école** :

Oui**

Non**

(* Cocher la case correspondante à votre choix)

NB : Dans le cadre de projet spécifique (Création de site Internet, exposition temporaire) une autorisation
spécifique sera transmise aux parents afin d'obtenir leur accord.

FICHE D'INSCRIPTION ECOLE

1. Enfant : Garçon Fille (rayer la mention inutile)

Nom:..... Prénom :.....

Date de naissance :..... Lieu:.....

Nationalité:.....

2. Dates des vaccinations obligatoires :(voir carnet de santé)

B.C.G :

D.T. Polio : 1^{ère} injection :

2^{ème} injection :

3^{ème} injection :

Rappel :

(fournir les photocopies pour le BCG et le DT Polio)

3. Observations particulières : (orthophoniste, psychologue, vue, audition, allergies...)

.....
.....
.....
.....

Signature du responsable légal :

A.....,
le.....

Cadre réservé à l'école:

Certificat de radiation	
Vaccinations	
Communication de l'adresse	

**Commune de
Fontenay
Le
Marmion**

☎ : 02.31.79.82.24
mairie.marmion@wanadoo.fr

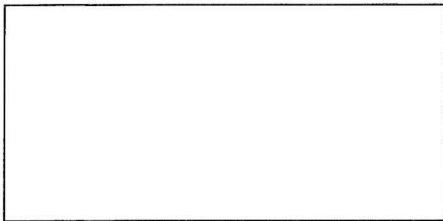
**VALIDATION DU
DEPOT DOSSIER D'INSCRIPTION EN MAIRIE**

NOM des parents :
Prénom :
Adresse :
Téléphone :
Adresse Mail :

NOM de l'élève :
Prénom :
Classe prévue :

Fait à :
Le :

Signature des parents :



Cachet Mairie :

