



Fiche de renseignements

Date de dépôt :

Etablissement d'inscription

Nom de l'école :

Classe :

Informations sur l'élève

Nom :

Date de naissance :/...../.....

Prénom :

Lieu de naissance :

Sexe : F ☐ M ☐

Besoins particuliers de l'enfant

☐ Mon enfant ne présente aucun besoin particulier.

☐ Mon enfant présente un ou plusieurs besoins particuliers :

☐ Situation de handicap :

☐ Allergie(s) :

☐ Traitement médical ou maladie :

☐ Accompagnement spécifique (AESH, matériel adapté...) :

☐ Autre besoin particulier :

Informations complémentaires :

Informations sur les parents

Mère :

Père :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Profession :

Profession :

Téléphone :/...../...../...../.....

Téléphone :/...../...../...../.....

Mail :

Mail :

Adresse postale :

Adresse postale :

Pièces à joindre avec cet imprimé

- ☐ Photocopie de la pièce d'identité de l'un des parents
- ☐ Photocopie du justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture d'eau ou d'électricité)
- ☐ Photocopie du livret de famille ou extrait de naissance avec filiation
- ☐ Attestation de vaccination à jour de l'enfant avec cachet et signature du médecin (copie du carnet n'est pas autorisée)
- ☐ Certificat de radiation le cas échéant
- ☐ Une lettre de demande de dérogation pour une inscription dans une autre école que celle de sa domiciliation

En cas d'hébergement

- ☐ Attestation sur l'honneur relative à l'hébergement.
 - ☐ Photocopie de la pièce d'identité et le numéro de téléphone de l'hébergeant
 - ☐ Photocopie du justificatif de domicile de moins de 3 mois de l'hébergeant.
- En cas de prise en charge de l'enfant par un tiers (autorisation et délégation parentale) :**
- ☐ Jugement ou Ordonnance provisoire du juge des Affaires Familiales mentionnant la résidence habituelle de l'enfant
 - ☐ Pièce d'identité de la personne qui prend en charge l'enfant + le justificatif de domicile

Je certifie exacts les renseignements fournis et m'engage à informer le service scolaire de tout changement concernant mon enfant, notamment en cas de handicap, d'allergie, de problème de santé ou de besoin particulier.

Date :

Signature :

Cadre réservé à l'administration :

Date et signature :

☐ Accepté

☐ Refus

Motif :