

FORMULAIRE D'INSCRIPTION MATERNELLE

École

Ville

Année scolaire Classe de TPS PS MS GS

Prénom(s) Sexe M F

Nom de famille

Né(e) le Lieu (commune/département)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Représentants légaux : Père Mère Tuteur

L'enfant réside :

chez ses parents chez sa mère chez son père chez ses tuteurs

Adresse rue – code postal – ville :

Responsable légal 1 : nom – prénom

Nom Prénom

Adresse complète (si différente de celle de l'enfant) :

Numéros de téléphone : (personnels et professionnel) :

Domicile Portable

Prof. Courriel

Profession

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves

Responsable légal 2 : nom – prénom

Nom

Prénom

Adresse complète (si différente de celle de l'enfant) :

Numéros de téléphone : (personnels et professionnel) :

Domicile

Portable

Prof.

Courriel

Profession

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves

Tiers délégué : personne physique ou morale (fournir copie de décision du juge)

Lien avec l'élève

Nom

Prénom

Adresse complète (si différente de celle de l'enfant) :

Numéros de téléphone : (personnels et professionnel) :

Domicile

Portable

Prof.

Courriel

Profession

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves

Fratrie :

Nombre de frères et sœurs

prénoms	Dates de naissance	Écoles fréquentées

FICHE SANITAIRE D'URGENCE

Prénom(s) Sexe M F

Nom de famille

Date de naissance Lieu/ département

N° de sécurité sociale

Assurance :

responsabilité civile/ compagnie

Individuelle accident/compagnie

Dates des vaccinations obligatoires :

- enfant né avant 2018

diphtérie tétanos poliomyélite

- enfant né à partir du 1^{er} janvier 2018 :

la coqueluche, les infections invasives à Haemophilus influenzae de type b, l'hépatite B, les infections invasives à pneumocoque, le méningocoque de séro groupe C, la rougeole, les oreillons et la rubéole

Vaccination contre-indiquée (fournir un certificat médical)

Médecin traitant n° tél

Adresse

Observations concernant l'enfant (athme, allergie)

Personne à contacter en cas de besoin

Nom – prénom	Lien avec l'enfant	téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>