



FORMULAIRE INSCRIPTION/ADMISSION

Ecole Maternelle Pauline Kergomard
05.46.90.82.95

Ecole Élémentaire Marcelle Nadaud
05.46.90.81.77



NOM :

PRÉNOM :

Sexe :

Date de naissance :

Lieu de naissance : Département :

Ecole précédente : Privée / Publique

Classe de l'enfant à la rentrée **20** :

Père de l'enfant

Nom : **Adresse :**

Prénom : **Code Postal :** **Commune :**

Profession : **Tel. Domicile :** ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Date de naissance : **Tel. Portable :** ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Lieu de naissance : **Tel. Travail :** ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Adresse mail :

Mère de l'enfant

Nom : **Adresse :**

Prénom : **Code Postal :** **Commune :**

Profession : **Tel. Domicile :** ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Date de naissance : **Tel. Portable :** ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Lieu de naissance : **Tel. Travail :** ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Adresse mail :

Situation Familiale

Mariés Divorcés Vie Maritale Séparés Veuf/Veuve

Autorité Parentale :

Résidence de l'enfant :

Votre enfant a-t-il des frères et sœurs ? : Oui Non

Si Oui, précisez :

Santé de l'enfant : Date du DTCCOQ : Date du Rappel :

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? : Oui Non De façon permanente ? : Oui Non

Présente-t-il des allergies ? Maladie à signaler :

Votre enfant doit-il respecter un régime ? Un traitement ?

Nom du médecin traitant : Nom de l'assurance :

Votre enfant mangera-t-il à la cantine ? : Oui Non Prendra-t-il le car ? : Oui Non

↳ Si Oui, une inscription sera nécessaire.

Fait à Le :

Signature des Parents :