

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 :

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 :