



FICHE D'INSCRIPTION SCOLAIRE

Nom de l'élève : _____

Prénom de l'élève : _____

Année scolaire 2025-2026 en classe de :

CP

CE1

École Bois des Chères

École Champully

CE2

CM1

CM2

ULIS

École Mallinjou

École Champully

École/ville où est actuellement scolarisé l'enfant : _____

ENFANT

NOM : _____ Sexe : M F

Prénom(s) : _____ / _____ / _____

Né(e) le : ___/___/20___ Lieu de naissance (commune et département) : _____

Adresse de résidence principale de l'enfant _____

Code postal : _____ Commune : _____

Représentant légal 1

Lien de parenté avec l'enfant à inscrire :

Père Mère Tuteur autre, préciser : _____ Autorité parentale : Oui Non

NOM : _____ Prénom : _____

Situation familiale :

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale Divorcé(e) Séparé(e) Veuf, Veuve

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

 domicile : _____ portable : _____

Mail : _____@_____

En cas d'urgence Profession : _____ Téléphone travail : _____

Représentant légal 2

Lien de parenté avec l'enfant à inscrire :

Père Mère Tuteur autre, préciser : Autorité parentale : Oui Non

NOM : _____ Prénom : _____

Situation familiale :

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale Divorcé(e) Séparé(e) Veuf, Veuve

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

 domicile : _____ portable : _____

Mail : _____@_____

En cas d'urgence Profession : _____ Téléphone travail : _____


**PERSONNE(S) autres que les parents À JOINDRE EN CAS D'URGENCE
et/ou autorisée(s) à venir chercher l'enfant**

NOM : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

 domicile : _____ portable : _____

A appeler en cas d'urgence


Autorisée à prendre l'enfant

NOM : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

 domicile : _____ portable : _____

A appeler en cas d'urgence

Autorisée à prendre l'enfant

MÉDECIN TRAITANT

Nom : Téléphone :

L'enfant est-il allergique ? Oui, merci de contacter le Service Éducation. Non

Problèmes de santé particuliers et recommandations des parents : traitement médical, port de lunettes...

AUTORISATIONS

A ne cocher qu'en cas de refus par les deux responsables

Représentant légal 1

-
-

Représentant légal 2

- Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.
- Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) lors des activités scolaires.

Je soussigné (e)..... **responsable légal de l'enfant**, certifie exacts les renseignements portés sur le présent dossier. A NOTER : Dans le cas de parents séparés ou divorcés les représentants légaux 1 et 2 devront signer le présent document.

Je m'engage à signaler tout changement de situation en cours d'année.

Date d'inscription: / / 2025

Signature représentant légal 1:

Signature représentant légal 2 :

Rappel des pièces à fournir avec la fiche d'inscription :

- Livret de famille,
- Carnet de santé (D.T.Polio),
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois : facture d'électricité ou téléphone, bail ou contrat de vente du logement, dernière quittance de loyer ;
- Jugement concernant l'autorité parentale et la résidence principale de l'enfant pour les couples séparés ou divorcés,
- Certificat de radiation de l'école précédente pour les enfants déjà scolarisés en école élémentaire.

Pour le périscolaire et la restauration scolaire, un dossier d'inscription est à compléter obligatoirement.

LES INSCRIPTIONS PÉRISCOLAIRES POUR LA RENTRÉE 2025/2026 AURONT LIEU DEBUT JUIN 2025.

Pour plus d'information, veuillez-vous adresser au Service Éducation – 70 avenue Jean-Jaurès – 74800 LA ROCHE SUR FORON
Tél : 04 50 97 62 92 – Mail : service.periscolaire@larochesurforon.fr