

SERVICE ÉDUCATION

70 avenue Jean Jaurès

74800 LA ROCHE-SUR-FORON

Tél. : 04 50 97 62 92

E-mail : service.scolaire@larochesurforon.fr

Web : www.larochesurforon.fr

Nom de l'élève : _____

Prénom de l'élève : _____

Année scolaire 2026-2027 en classe de :

☐ CP ☐ CE1

École Bois des Chères

☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2 ☐ ULIS

École Mallinjou

FICHE D'INSCRIPTION SCOLAIRE

ENFANT

NOM : _____

☐ Fille ☐ Garçon

Prénom(s) : _____

Date et lieu de naissance (commune et département) : le ____ / ____ / 20__ à _____

Adresse de résidence principale de l'enfant : _____

Code postal : _____ **Commune :** _____

École/ville où est actuellement scolarisé l'enfant (année 2025/2026) : _____

RESPONSABLE 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(ve)

Adresse (si différente de l'enfant) : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tél. domicile : _____ Tél.portable : _____ Tél. travail : _____

E-mail : _____@_____._____ Profession : _____

RESPONSABLE 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(ve)

Adresse (si différente de l'enfant) : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tél. domicile : _____ Tél.portable : _____ Tél. travail : _____

E-mail : _____@_____._____ Profession : _____

PERSONNES (autres que les parents) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE et/ou autorisé(e) à venir chercher l'enfant

Nom et prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone	Autorisé (e) à venir chercher	A prévenir en cas d'urgence
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

INFORMATIONS SANITAIRES

Médecin traitant : Nom : _____ Téléphone : _____

L'enfant est-il allergique ? ☐ **Non** ☐ **Oui, préciser** _____

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

	Responsable 1	Responsable 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.

Je m'engage à signaler tout changement de situation en cours d'année par mail au service éducation.

Date d'inscription : / / 2026

Signature responsable légal 1

Signature responsable légal 2

DOCUMENTS À FOURNIR

- ☐ **Livret de famille** (pages parents et enfant),
- ☐ **Carnet de santé** (pages des vaccinations obligatoires),
- ☐ **Justificatif de domicile de moins de 3 mois** : facture d'électricité ou téléphone, 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.**

LES INSCRIPTIONS PÉRISCOLAIRES (accueil matin - soir et pause méridienne)

POUR LA RENTRÉE 2026/2027 AURONT LIEU DEBUT MAI 2026

Pour plus d'information, veuillez-vous adresser au Service Éducation

70 avenue Jean-Jaurès - 74800 LA ROCHE SUR FORON

Tél : 04 50 97 41 72 – Mail : service.periscolaire@larochesurforon.fr