



DOSSIER D'INSCRIPTION ECOLES DE SAINT-YRIEIX

A compléter et à remettre au service des affaires scolaires - 05 55 08 88 61

Pièces à joindre au dossier :

- livret de famille (pages parents et enfants) - justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture eau, électricité)
- carnet de santé de l'enfant (pages vaccinations) - certificat de radiation si l'enfant a déjà été scolarisé
- jugement de divorce ou décision de justice notifiant l'autorité parentale et la garde, s'il y a lieu
- attestation d'assurance scolaire et extrascolaire - photo d'identité
- justificatif allocations familiales (CAF, MSA ou autre)

Form section for school type (Jules Ferry, Maternelle, Maurice Ravel, Elémentaire), date, and signature of the Mayor (LE MAIRE). Includes a reserved box for administration.

Form section for the student (L'ELEVE), including fields for name, sex, date of birth, and address.

Form section for the mother (MERE), including fields for parental authority, name, family situation, address, profession, and insurance details.

**PERE**

**AUTORITE PARENTALE**  OUI  NON

**NOM** \_\_\_\_\_ **PRENOM** \_\_\_\_\_

**SITUATION FAMILIALE**  Marié  Célibataire  Divorcé  Pacsé  Concubinage  Veuf

**DOMICILE** (si différent de celui de l'enfant)

N° RUE \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ COMMUNE \_\_\_\_\_

Tél. DOMICILE \_\_\_\_\_ PORTABLE \_\_\_\_\_

**PROFESSION** \_\_\_\_\_ EMPLOYEUR/Tél. \_\_\_\_\_

**ASSURANCE MALADIE**

REGIME GENERAL  MSA  AUTRE (précisez) \_\_\_\_\_

HAUTE-VIENNE  DORDOGNE  AUTRE (précisez) \_\_\_\_\_

Êtes-vous allocataire  CAF  MSA  AUTRE (précisez) \_\_\_\_\_

N° allocataire \_\_\_\_\_ N° sécurité sociale \_\_\_\_\_

- Je soussigné(e)..... autorise - n'autorise pas (*ayer la mention inutile*) les prises de vues de mon enfant pour d'éventuelles expositions photos, site internet de la ville, articles de presse... (Exploitation non commerciale).

- Je m'engage à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

**DATE et SIGNATURE (obligatoire)**

**AUTRE REPRESENTANT LEGAL**

*à compléter si l'enfant réside chez un tiers*

**AUTORITE PARENTALE**  OUI  NON

**NOM** \_\_\_\_\_ **PRENOM** \_\_\_\_\_

**ORGANISME/LIEN AVEC L'ENFANT**

**DOMICILE** (si différent de celui de l'enfant)

N° RUE \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ COMMUNE \_\_\_\_\_

Tél. DOMICILE \_\_\_\_\_ PORTABLE \_\_\_\_\_

**ASSURANCE MALADIE**

REGIME GENERAL  MSA  AUTRE (précisez) \_\_\_\_\_

HAUTE-VIENNE  DORDOGNE  AUTRE (précisez) \_\_\_\_\_

Êtes-vous allocataire  CAF  MSA  AUTRE (précisez) \_\_\_\_\_

N° allocataire \_\_\_\_\_ N° sécurité sociale \_\_\_\_\_

- Je soussigné(e)..... autorise - n'autorise pas (*ayer la mention inutile*) les prises de vues de mon enfant pour d'éventuelles expositions photos, site internet de la ville, articles de presse... (Exploitation non commerciale).

- Je m'engage à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

**DATE, SIGNATURE et CACHET (obligatoire)**

**Facturation des services périscolaires (cochez une seule case)**

à la mère  au père  autre représentant légal

## SANTE

### VACCINS

D.T.P. DATE \_\_\_\_\_

RAPPEL \_\_\_\_\_

INDIQUER CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE (allergies, maladie...)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## OBSERVATIONS

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---