



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 class. Includes 'LE MAIRE' signature line and 'Cadre réservé à l'administration' note.

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
