

DEMANDE INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2026-2027

ENFANT

NOM : Prénom : sexe : F ☐ G ☐

DATE et LIEU de NAISSANCE :

ADRESSE DOMICILE :

CODE / VILLE :

N° allocataire CAF/MSA :

RESPONSABLE 1

NOM et PRENOM

.....

ADRESSE (si différente enfant) :

.....

.....

☎ :

Courriel :

Profession :

Nom et adresse employeur :

..... ☎ travail :

RESPONSABLE 2

NOM et PRENOM

.....

ADRESSE (si différente enfant) :

.....

.....

☎ :

Courriel :

Profession :

Nom et adresse employeur :

..... ☎ travail :

Première inscription ☐

Changement d'école ☐ Niveau et école actuelle :

Niveau scolaire demandé pour 2026-2027 :

Fait à : le :

signature
RESPONSABLE 1

signature
RESPONSABLE 2

Document à compléter et à retourner en mairie accompagné d'une copie intégrale du livret de famille complet, d'un justificatif de domicile récent, Attestation CAF ou MSA, et, s'il y a lieu, d'une copie du jugement modifiant l'autorité parentale.

Dossier déposé complet en MAIRIE le :

Fiche sanitaire

(pour la restauration scolaire et l'accueil périscolaire)

2026-2027

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autre (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il un P.A.I. (**Projet d'accueil individualisé**) ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, le P.A.I. est à remettre à la responsable du périscolaire au premier jour de présence de l'enfant accompagné d'une **ordonnance** récente et des **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**) **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, ni sans P.A.I.**

Problème de Santé /Allergies/handicap :

ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

Votre enfant a-t-il un dossier MDPH oui ☐ non ☐

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, AUTRES... PRÉCISEZ

.....

.....

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature :