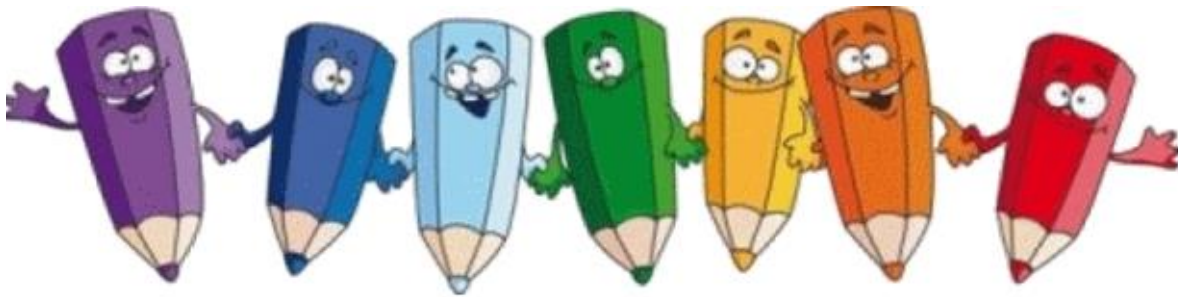


DOSSIER
D'INSCRIPTION
ECOLE PRIMAIRE
“ Michel LEGRAND ”

Année scolaire 2019-2020



PIECES A FOURNIR

- Fiche de renseignements (ci-jointe)
- Justificatif de domicile
- Carnet de vaccination
- Livret de Famille
- Certificat de radiation si l'enfant était déjà scolarisé
- Accord de dérogation si vous n'habitez pas Vernou-la Celle sur Seine

Tout dossier incomplet ne pourra pas être pris en compte

Service scolaire : Madame Ludivine DA COSTA CARVALHO – Mairie de Vernou-la Celle sur Seine
- 41, Rue de la Mairie - BP 20020 VERNOU LA CELLE – 77814 MORET SUR LOING CEDEX

☎ 01.60.74.56.82 ☎ 01.60.74.56.99

E-mail : scolaire@vernou.fr



Ecole primaire " Michel LEGRAND "

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : 2019/2020

Classe :

ELEVES

Nom : Nom d'usage : Sexe : M F

Prénom(s) :

Né(e) le :/...../..... Lieu de naissance (commune et département) (1)

Adresse :

Code postal : Commune :

RESPONSABLES LEGAUX

Mère : NOM de jeune fille : Autorité parentale : Oui Non

NOM marital (nom d'usage) : Prénom :

Profession : Situation familiale (2) :

Adresse :

Code postal : Commune :

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

N° de poste : Courriel :

Père : Autorité parentale : Oui Non

NOM: Prénom :

Profession : Situation familiale (2) :

Adresse :

Code postal : Commune :

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

N° de poste : Courriel :

Autres responsables légaux (personne physique ou morale) : Autorité parentale : Oui Non

Organisme :

Fonction : Lien avec l'enfant :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél. : Tél. portable :

Courriel :

(1) Pays si hors de France

(2) Célibataire, Marié(é), Veuf(ve), Divorcé(e), Séparé(e), Concubin(e), Pacsé(e)

**PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/ OU AUTORISEES A PRENDRE
L'ENFANT A LA SORTIE**

NOM : Prénom : A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : Autorisé à prendre l'enfant
Code postal : Commune :
Tél. domicile : Tél. portable :
Tél. travail : N° de poste :

NOM : Prénom : A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : Autorisé à prendre l'enfant
Code postal : Commune :
Tél. domicile : Tél. portable :
Tél. travail : N° de poste :

NOM : Prénom : A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : Autorisé à prendre l'enfant
Code postal : Commune :
Tél. domicile : Tél. portable :
Tél. travail : N° de poste :

INFORMATIONS PERISCOLAIRES

Garderie matin : Oui Non Garderie soir : Oui Non Etudes surveillées : Oui Non
Restaurant scolaire : Oui Non Transport scolaire : Oui Non

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité Civile : Oui Non Individuelle Accident: Oui Non
Compagnie d'assurance : Numéro de police d'assurance :

**AUTORISATION (à remplir par les 2 parents en cas d'adresse différente)
(ne cocher qu'en cas de refus)**

Mère : 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) dans le cadre des activités
scolaires

Père : 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) dans le cadre des activités
scolaires

Nous nous engageons à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche

Date :

Signature de la mère :

Signature du père :