

**FICHE D'INSCRIPTION**

Année scolaire : 2024 – 2025

Niveau : .....

Classe : .....

**ÉLÈVE**

Nom de famille : .....  
Nom d'usage : .....  
Prénom(s) : .....  
Né(e) le : ...../...../..... Lieu de naissance : .....  
Département de naissance : .....

**REPRÉSENTANTS LÉGAUX**

Mère  Père  Tuteur

Nom de famille : ..... Prénom : .....  
Nom d'usage : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
L'élève habite à cette adresse : OUI  NON   
Tél mobile : ..... Tél domicile : ..... Tél travail : .....  
Courriel : .....@.....  
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : OUI  NON

Mère  Père  Tuteur

Nom de famille : ..... Prénom : .....  
Nom d'usage : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
L'élève habite à cette adresse : OUI  NON   
Tél mobile : ..... Tél domicile : ..... Tél travail : .....  
Courriel : .....@.....  
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : OUI  NON

Tiers délégataire (personne physique ou morale) Lien avec l'élève(\*) : .....

Nom de famille : ..... Prénom : .....  
Nom d'usage : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
L'élève habite à cette adresse : OUI  NON   
Tél mobile : ..... Tél domicile : ..... Tél travail : .....  
Courriel : .....@.....  
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : OUI  NON

(\*) Ascendant / Fratrie / Autre membre de la famille / Educateur / Assistant familial / Garde d'enfant / Autre lien (à préciser) ou Aide Sociale à l'Enfance (pour responsable moral)

**DOCUMENTS REMIS (Partie réservée à l'administration)**

Livret de famille	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Justificatif de domicile (moins de 3 mois)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Carnet de santé	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Vaccination à jour	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Certificat de radiation	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Autres : ..... .....	

**Pour votre information, à fournir à la rentrée uniquement**

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile

OUI  NON

Individuelle Accident

OUI  NON