

## FICHE D'INSCRIPTION **ECOLE MATERNELLE** PONTCARRÉ

PHOTO  
OBLIGATOIRE

### ■ ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

### SITUATION FAMILIALE DES PARENTS :

Marié     
  Concubinage/Pacsé     
  Célibataire     
  Divorcé(e)     
  Séparé(e)     
  Veuf(ve)

#### AUTORITÉ PARENTALE exercée par :

Parent 1 : NOM, Prénom : \_\_\_\_\_

Parent 2 : NOM, Prénom : \_\_\_\_\_

Tuteur : NOM, Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse de résidence de l'enfant : \_\_\_\_\_

#### PARENT 1

☎ Travail : /\_/\_/\_/\_/\_/

☎ Personnel : /\_/\_/\_/\_/\_/

☎ Portable : /\_/\_/\_/\_/\_/

NOM/adresse employeur : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

#### PARENT 2

☎ Travail : /\_/\_/\_/\_/\_/

☎ Personnel : /\_/\_/\_/\_/\_/

☎ Portable : /\_/\_/\_/\_/\_/

NOM/adresse employeur : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

### ■ DIVERS :

▪ Adresse mail : \_\_\_\_\_

▪ Assurance : Nom organisme : \_\_\_\_\_ N° de contrat \_\_\_\_\_

▪ N° Sécurité Sociale du parent assuré : \_\_\_\_\_

▪ Nom de votre mutuelle : \_\_\_\_\_

▪ Allocations familiales : Nom Organisme \_\_\_\_\_ N° Allocataire : \_\_\_\_\_

### ■ PARTIE MEDICALE :

Médecin de famille : ..... ☎ 01 /\_/\_/\_/\_/

Important à signaler : Allergies, remarques médicales, contre-indications, spécificités alimentaires, PAI,... : \_\_\_\_\_

Dernier établissement scolaire de l'enfant : \_\_\_\_\_

#### Partie réservée à l'administration :

Date de l'entrée scolaire : \_\_\_\_\_

Date de sortie scolaire : \_\_\_\_\_