

COMMUNE DE RESIDENCE _____

INSCRIPTION

Cocher l'école demandée

Ecole élémentaire

Ecole maternelle

• PARENTS :

- Nom et prénom du père : _____
Profession exercée _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
N° tel domicile /_/_/_/_/_/_/ N°tel travail /_/_/_/_/_/_/

- Nom et prénom de la mère : _____
Profession exercée : _____
Adresse _____
Code postal : _____ Ville : _____
N° tel domicile /_/_/_/_/_/_/ N°tel travail /_/_/_/_/_/_/

- Nom et prénom du représentant légal : _____
Adresse _____
- Code postal : _____ - Ville : _____
Numéro de téléphone du domicile : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/
Numéro de téléphone en cas d'urgence : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

- Numéro ALLOCATAIRE CAF _____
- adresse mail (bien lisible) _____@_____

• ENFANT :

- Nom et prénom : _____
- Date de naissance : /_/_/_/_/_/_/ Lieu de naissance _____
- Nom prénom et date de naissance des soeurs ou frères :
- _____
- _____
- _____

• **CANTINE**

- OUI : /____/

- NON : /____/

A partir du _____

Préciser les jours : _____

• **CAR :**

-OUI : /____/

- NON : /____/

- Arrêt : _____

A partir du _____

Préciser les jours : _____

Si l'enfant est scolarisé en maternelle :

Nom - Prénom et Téléphone du ou des personnes responsable(s) de l'enfant à la descente du car :

• **NIVEAU SCOLAIRE DEMANDE PAR LA FAMILLE**

Cocher la classe demandée

ECOLE MATERNELLE

PS MS GS

ECOLE ELEMENTAIRE

CP CE1 CE2

CM1 CM2

• **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :**

Partie à renseigner par l'école :

- Commune : _____

- Nom de l'enseignant : _____

- Classe et niveau d'inscription : _____

Visas

MAIRIE	ECOLE	SIVOS
Date	Date	Date

Contact :

Directrice de l'Etablissement Scolaire Intercommunal – Route de Chaumasson – 89140 VILLETHIERY
Téléphone : 03.86.66.12.46 – villethierry.mat@wanadoo.fr