



VILLE D'ORGON

## INSCRIPTION À L'ÉCOLE MATERNELLE\* ou ÉLÉMENTAIRE\*

(\* barrer la mention inutile)

Année 2022-2023

### 1. Renseignements sur l'élève :

Fille       Garçon      Classe : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Lieu de naissance (ville et département) : \_\_\_\_\_  
Nationalité : \_\_\_\_\_ Nombre de frères et sœurs : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
N° de sécurité sociale (ou MSA) : \_\_\_\_\_  
Assurance scolaire : \_\_\_\_\_

### 2. Responsables légaux de l'enfant :

**Père :**      Autorité parentale :  OUI     NON  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
N° de portable : \_\_\_\_\_ N° du travail : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_

**Mère :**      Autorité parentale :  OUI     NON  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
N° de portable : \_\_\_\_\_ N° du travail : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_

Mariés/Pacsés     Divorcés     Séparés     Concubins     Veuf-veuve     Garde alternée

**△ Il est important de signaler tout changement pour vous joindre en cas d'accident △**

### 3. Services Périscolaires :

❖ Garderie :     OUI       Non      Si oui, l'inscription doit être effectuée auprès du centre aéré Lou Pitchoun.  
❖ Cantine :     Oui       Non      Si oui, remplir le formulaire « Restauration scolaire » disponible à la Mairie.



#### **4. Pièces obligatoires à fournir**

- Photographie d'identité de l'enfant
- Photocopie intégrale du livret de famille
- Photocopie des pièces d'identité des deux parents (recto-verso)
- Photocopie d'un justificatif de domicile
- Photocopie de l'attestation d'assurance scolaire 2022-2023
- Photocopie du carnet de santé : feuillets des vaccins à jour (DT Polio)
- Pour les parents séparés ou divorcés : photocopie du jugement

### **FICHE SANITAIRE**

#### **Personnes à prévenir pour signaler un accident en cas d'absence des parents :**

##### **N°1**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_  
N° du travail : \_\_\_\_\_

##### **N°2**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_  
N° du travail : \_\_\_\_\_

❖ Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

❖ Date du dernier vaccin tétanos : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

❖ Allergies alimentaires :  oui  non

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

❖ Allergies médicamenteuses :  oui  non

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

❖ Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) :  oui  non

Si oui :  port de repas  port de médicaments

❖ Traitement : \_\_\_\_\_

❖ Recommandations des parents : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **Signature du ou des responsables de l'enfant :**