



Service de l'Education

<b>CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION</b>		N°
<input type="checkbox"/> école du secteur scolaire :	_____	<input type="checkbox"/> autre : _____
<input type="checkbox"/> demande de dérogation (école souhaitée) :	_____	
motif :	_____	
<input type="checkbox"/> acceptée	<input type="checkbox"/> refusée	inscription à l'école : _____

## FICHE D'INSCRIPTION DANS LES ECOLES MATERNELLES DE SELESTAT

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : F - M (\*)  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
Nationalité : \_\_\_\_\_ Religion : \_\_\_\_\_  
Ecole fréquentée avant l'inscription en cours : \_\_\_\_\_

### FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

Dates des vaccinations :

- DT COQ + POLIO : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Observations concernant la santé de l'enfant : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

Responsable légal : père - mère - tuteur (\*)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_ Tél. dom. : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

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

Adresse empl. : \_\_\_\_\_ Tél. empl. : \_\_\_\_\_

Autre parent : père - mère - tuteur (\*)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_ Tél. dom. : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

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

Adresse empl. : \_\_\_\_\_ Tél. empl. : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale sous lequel est affilié l'enfant : \_\_\_\_\_

Situation de famille : mariés - divorcés - séparés - concubinage - célibataire - veuf(ve) (\*)

En cas de séparation, le parent n'ayant pas la garde de l'enfant a-t-il l'autorisation de chercher l'enfant à la sortie de l'école ? OUI - NON (\*)  
(fournir la copie de l'extrait du jugement stipulant les modalités de garde de l'enfant).

(\*) barrer les mentions inutiles

**AUTRES ENFANTS A CHARGE**

Nom	Prénom	Né(e) le	Si scolarisés, préciser école	et la classe classe

**PERSONNE AYANT LA GARDE DE L'ENFANT A CONTACTER EN L'ABSENCE DES PARENTS**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) : père - mère - tuteur (\*), demande qu'en notre absence et en cas d'urgence, notre enfant soit transporté à nos frais à l'hôpital le plus proche.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :

(\*) barrer les mentions inutiles