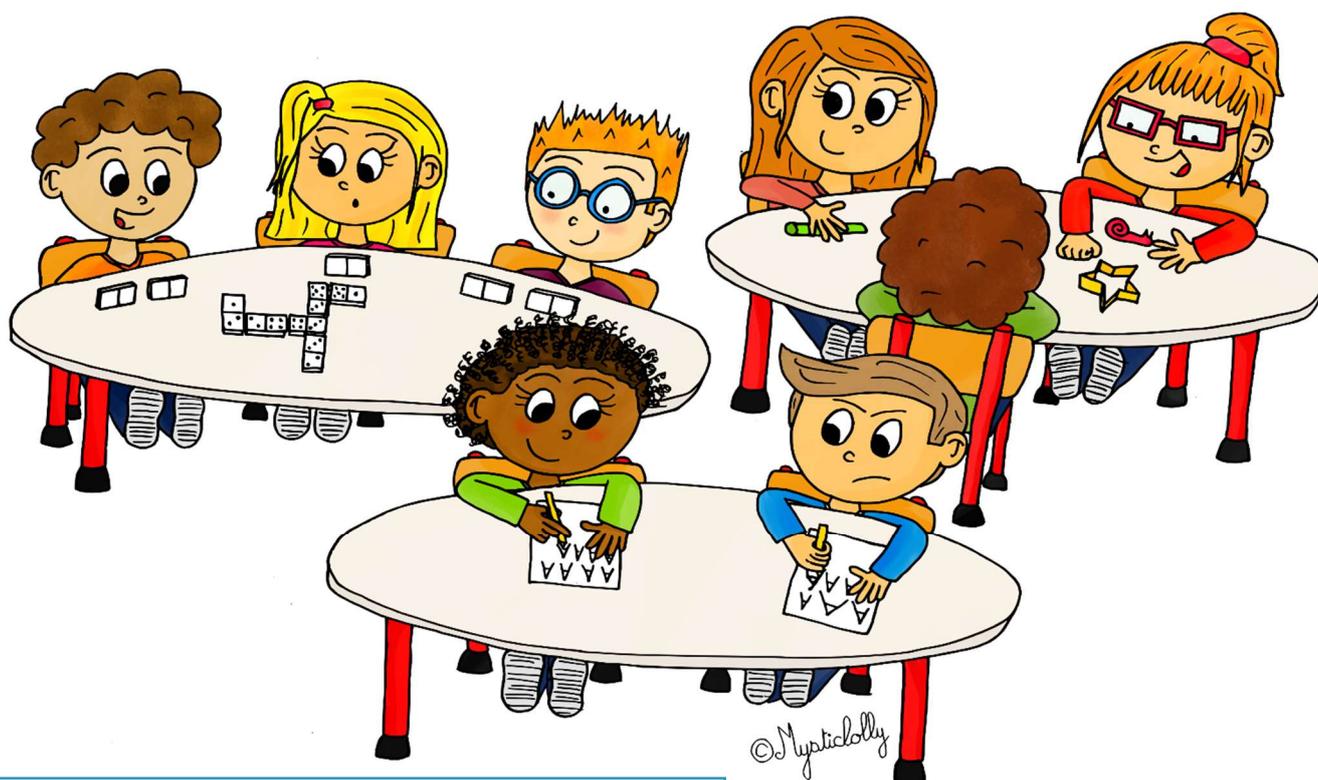


2023/2024

Inscription Scolaire Ecole Maternelle



Joindre au présent dossier, copie de :

- Livret de famille (intégralité du livret)
- Justificatif de domicile
- Carte identité du(des) représentant(s) légal(aux)
Recto / Verso
- Carnet de santé à jour des vaccinations
- Pour les enfants ne résidant pas à Vic sur Seille :
dérogation scolaire établie par le maire de la
commune de résidence ou du syndicat scolaire en
cas de regroupement.

Directrice : Mme. Stéphanie DUREY

Ecole Maternelle – Tél : 03 87 01 12 49

2023/2024



École MATERNELLE DE VIC SUR SEILLE
Inspection académique Circonscription Château-Salins
- Maison de l'Etat – 6, rue de Nancy – 57170 CHÂTEAU SALINS

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : _____ Niveau : _____ Classe : _____

ÉLÈVE :

NOM : _____ Nom d'usage : _____ Sexe : M F

Prénoms (s) : _____ / _____ / _____

Né(e) le : ___ / ___ / ___ Lieu de naissance (commune et département) : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

RESPONSABLES LEGAUX :

Père : _____ Autorité parentale : Oui Non

NOM marital (nom d'usage) : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____ Courriel : _____ @ _____

Mère Nom de jeune fille : _____ Autorité parentale : Oui Non

NOM marital (nom d'usage) _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____ Courriel : _____ @ _____

Autre responsable légal (personne physique ou morale) Autorité parentale : Oui Non

Organisme : _____

Fonction : _____ Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Téléphone portable : _____

Courriel : _____ @ _____

PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET / OU AUTORISÉES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE :

NOM : _____ Prénom _____ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ Autoriser à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

NOM : _____ Prénom _____ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ Autoriser à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

NOM : _____ Prénom _____ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ Autoriser à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

ASSURANCE DE L'ENFANT :

Responsabilité civile : Oui Non Individuelle Accident : Oui Non

Compagnie d'assurance : _____ Numéro de police d'assurance : _____

AUTORISATION (à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes) Ne cocher qu'en cas de refus

- Mère** Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.
 Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre d'activités scolaires
- Père** Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.
 Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre d'activités scolaires

Nous nous engageons à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche

DATE :

SIGNATURE DE LA MÈRE :

SIGNATURE DU PÈRE :