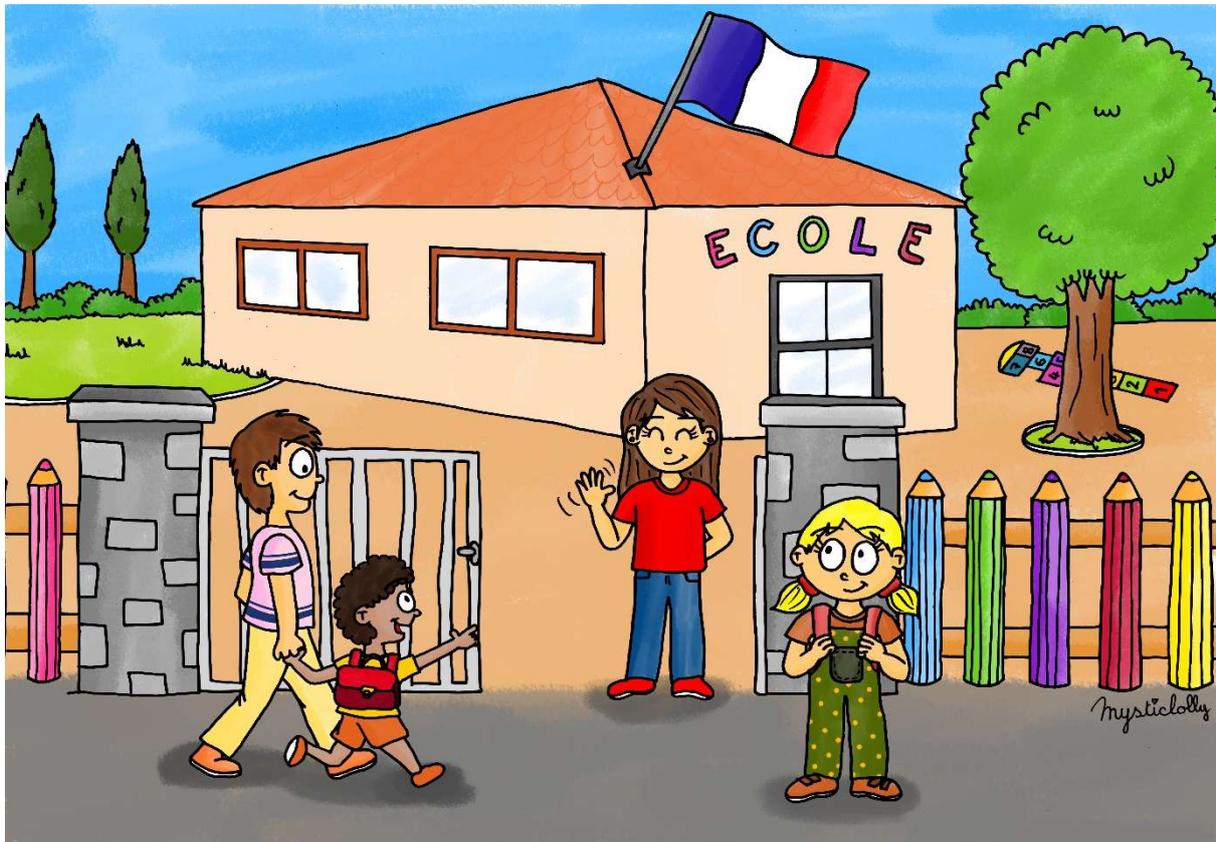


2024/2025

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

2024/2025



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 : 2024/2025 Niveau : _____ Classe : _____

ÉLÈVE

NOM : _____ Prénom(s) : _____ Sexe : M F

NOM d'usage : _____

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

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Centre de sécurité sociale : _____ N° de sécurité sociale : _____

Adresse du centre de sécurité sociale : _____ N° caf. : _____

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : _____

FRERES ET SOEURS

NOMS	PRENOMS	DATE DE NAISSANCE

RESPONSABLES LÉGAUX :

Mère : _____ **Autorité parentale :** Oui Non

NOM de jeune fille : _____

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

Profession : _____ code profession : _____ *(se référer à la liste jointe pour déterminer le code correspondant à votre situation).*

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____ Courriel : _____ @ _____

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves Oui Non

Père

Autorité parentale : Oui Non

NOM _____ Prénom _____

Profession : _____ code profession : _____ (se référer à la liste jointe pour déterminer le code correspondant à votre situation).

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____ Courriel : _____ @ _____

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves Oui Non

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 : _____

Responsables légaux : Il est important de renseigner le document concernant les deux responsables légaux pour : La transmission des résultats scolaires (circulaire n°94-149 du 13/04/1994). Les élections des représentants des parents d'élèves : chaque parent est désormais électeur et éligible (note de service n°2004-104 du 25/06/2004).

MEDECIN TRAITANT

Nom /Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Allergies connues de l'enfant : _____

Problèmes de santé à signaler : _____

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 : _____

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 : _____

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 : _____

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 :

CODE	Profession
10	Agriculteurs exploitants
21	Artisans
22	Commerçants et assimilés
23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou +
31	Professions libérales
33	Cadres de la fonction publique
34	Professeurs, professions scientifiques
35	Professions de l'information, des arts et des spectacles
37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise
38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
42	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés
43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social
45	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
46	Professions intermédiaires administratives et commerciales d'entreprise
47	Techniciens
48	Contremaîtres, agents de maîtrise
52	Employés civils et agents de service de la fonction publique
53	Policiers et militaires
54	Employés administratifs d'entreprise
55	Employés de commerce
56	Personnels des services directs aux particuliers
62	Ouvriers qualifiés de type industriel
63	Ouvriers qualifiés de type artisanal
64	Chauffeurs
65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
67	Ouvriers non qualifiés de type industriel
68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
69	Ouvriers agricoles
71	Retraités Agriculteurs Exploitants
72	Retraités Artisans, Commerçants et Chefs d'entreprise
73	Retraités cadres et Professions intermédiaires
76	Retraités Employés et Ouvriers
81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
82	Personne sans activité professionnelle