

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## Pièces à nous retourner :

- le dossier d'inscription
- la copie du livret de famille (pages des parents et de l'enfant concerné)
- les copies des pages concernant les vaccinations du carnet de santé
- un justificatif de domicile récent

Vous pouvez nous le déposer en Mairie de MONTREUIL-SUR-MER

ou nous le retourner par mail à l'adresse suivante :

[contact@ville-montreuil-sur-mer.fr](mailto:contact@ville-montreuil-sur-mer.fr)

**Les dossiers transmis par mail doivent obligatoirement nous parvenir sous le format PDF - nous n'acceptons pas les photographies**

**DEMANDE D'INSCRIPTION  
EN ECOLE PRIMAIRE  
RENTREE 2025**

---

**Nom et Prénom de l'élève**

Sexe M - F

Date et Lieu de naissance :

Ecole fréquentée éventuellement en 2024 -2025 :

Cours :

---

**Nom et Prénom du père :**

Profession :

Employeur (Adresse précise) :

Domicile du père :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

---

**Nom et Prénom de la mère :**

Profession :

Employeur (Adresse précise) :

Domicile de la mère :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

N° CAF :

---

**Frères/Sœurs fréquentant une école maternelle ou primaire**

NOM

PRENOM

CLASSE

ECOLE

A Montreuil-sur-Mer, le

Signature



# FICHE D'INSCRIPTION

## 2025-2026

ENFANT	
Identité	
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	
Email :	
Tel :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE	
Assureur :	
Num :	

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Catégorie socio-professionnelle :	Catégorie socio-professionnelle :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance :	Date de naissance :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

**PERSONNES A CONTACTER**

**Contacts existants**

Nouveaux contacts			
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
<b>Partir seul :</b> Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
<b>Prise de photo :</b> Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
<b>Sport :</b> Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
<b>Hospitalisation :</b> Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale... ) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponse
<b>Lunettes :</b> Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
<b>Appareil dentaire :</b> Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
<b>Appareil auditif :</b> Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse
<b>Handicapé :</b> Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON

Données complémentaires	
POINTURE :	35 / 36 / 37 / 38 / 39 / 40

Informations médicales		
Médecin	Téléphone	Spécialité

Allergies

Pratiques alimentaires

**ATTESTATION**

Nous soussignés (\*)

responsables légaux de l'enfant (\*)

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

\* A remplir obligatoirement

***Fiche à compléter pour le système de réservation  
des repas du Restaurant Scolaire***

NOM, Prénom du père :	
Date et lieu de naissance :	
Adresse du père :	
Profession du père :	
Téléphone fixe :	Téléphone portable :

NOM, Prénom de la mère :	
Date et lieu de naissance :	
Adresse de la mère :	
Profession de la mère :	
Téléphone fixe :	Téléphone portable :

Numéro CAF (obligatoire) :
----------------------------

NOM, prénom de l'enfant	Date de naissance	Nom de l'enseignant

***Un formulaire par famille***

***Si vous avez déjà remis un document de ce type à la mairie,  
ne pas tenir compte de celui-ci***