



**NOM de l'enfant :** ..... **Prénom :** .....  
(en lettres majuscules) (en lettres majuscules)

Sexe : M  F

**Né(e) le** ..... **À** (Commune et Département) : .....

Adresse de résidence : .....

Niveau à la **prochaine rentrée** : .....

**Pré-inscription de l'enfant aux prestations suivantes :**

- Restauration scolaire
- Accueil périscolaire (Garderie matin-soir)
- Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH)
  - Mercredi durant la période scolaire
  - Vacances scolaires

**Organisme (CAF, MSA, autre) :** ..... **N° Allocataire** .....

**RESPONSABLE LÉGAL 1** (payeur / allocataire CAF) :  parent  tuteur

**NOM et Prénom :** ..... **Date de naissance :** .....  
(en lettres majuscules)

Profession : .....

Adresse : .....

Tél. domicile : ..... Tél. portable : ..... Tél. travail : .....

**Adresse mail :** .....

**RESPONSABLE LÉGAL 2 :**  parent  tuteur

**NOM et Prénom :** ..... **Date de naissance :** .....  
(en lettres majuscules)

Profession : .....

Adresse (si différente) : .....

Tél. domicile : ..... Tél. portable : ..... Tél. travail : .....

**Adresse mail :** .....

**Situation des parents :** Célibataire – Marié – Concubin – Veuf – Pacsé – Divorcé (\*) – Séparé (\*)

(\*)**Type de garde :** Alternée  Père :  Mère :

**CONJOINT(E) (pour les familles recomposées)**

**NOM et Prénom :** ..... **Tél :** .....

**NOM et Prénom :** ..... **Tél :** .....

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

À REMPLIR OBLIGATOIREMENT + FOURNIR COPIE DU CARNET DE SANTÉ

ou

DOCUMENT ATTESTANT QUE L'ENFANT EST À JOUR DE SES VACCINS OBLIGATOIRES

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS
DT POLIO		HÉPATITE B	
COQUELUCHE		MÉNINGOCOQUE	
PNEUMOCOQUE		HAEMOPHILUS INFLUENZAE	
R.O.R.		Autre(s) : Préciser	

L'enfant bénéficie-t-il d'un **Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)** ? OUI  NON

Nécessité d'un **panier repas** ? OUI  NON

**Allergie alimentaire** ? OUI  NON

### Documents à fournir OBLIGATOIREMENT :

- ➔ Copie du **LIVRET DE FAMILLE (complet)**
- ➔ Copie **CARNET DE VACCINATIONS À JOUR** de/des enfant(s) (bien préciser les NOMS et Prénoms de l'enfant en haut des pages de Vaccins)
- ➔ **JUSTIFICATIF DE DOMICILE de moins de 3 mois** (facture gaz / électricité / eau / loyer / assurance habitation). Pas de facture de téléphone portable.
- ➔ **En cas de séparation ou de divorce, JUGEMENT précisant l'autorité parentale, le lieu de résidence de l'enfant et les modalités de garde OU ATTESTATION SUR L'HONNEUR du 2° parent** accordant tout pouvoir à la scolarisation de l'enfant.

**ATTENTION : les Dossiers incomplets ne seront pas traités**

Date et Signature des Responsables légaux de l'enfant :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des inscriptions scolaires et des services périscolaires proposés par la Commune de LEOGNAN. Elles ne sont pas communiquées à des tiers. Les destinataires des données sont les agents habilités du Service Education et Affaires scolaires. Les données sont conservées la durée de l'année scolaire. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Service **Education et Affaires scolaires** de la Mairie de LEOGNAN. En cas de non réponse ou si la réponse vous paraît incomplète, vous pouvez saisir la CNIL.

Le **CERTIFICAT D'AFFECTATION SCOLAIRE** de l'enfant sera transmis par mail