



DOSSIER D'INSCRIPTION SCOLAIRE ANNEE **2026-2027**
(1^{ère} Inscription en école maternelle et nouveaux arrivants)

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 (CLASSE) à la prochaine rentrée :

Inscriptions aux différentes activités => ces activités seront automatiquement prévues lors de l'inscription de l'enfant

- Restauration scolaire
- Accueil PériScolaire (APS : garderie, matin & soir)
- Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH : centre de loisirs, mercredis & vacances scolaires)

L'enfant a-t-il un(e)/des frère(s) /
sœur(s) inscrit(e)(s) en maternelle ou
élémentaire à Léognan ?

☐ OUI – ☐ NON

1/ École.....

2/ École.....

3/ École.....

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
DTPCa		MÉNINGOCOQUE C	
R.O.R.		MÉNINGOCOQUE ACWY	
PNEUMOCOQUE		MÉNINGOCOQUE B	
HAEMOPHILUS INFLUENZAE		Autre(s) : Préciser	
HÉPATITE B			

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

Nécessité d'un **panier repas** ? (après validation avec l'infirmière scolaire) OUI ☐ NON ☐

Allergie(s) alimentaire(s) ? OUI ☐ NON ☐

Si oui ⇒ Type(s) d'allergie(s) :

Documents à fournir OBLIGATOIREMENT :

- ➔ Copie du **LIVRET DE FAMILLE {complet = parents et enfant(s)}**
- ➔ Copie **CARNET DE VACCINATIONS À JOUR** de/des enfant(s) (**merci de préciser les NOM et Prénom de l'enfant en haut de TOUTES les pages des « Vaccins Obligatoires »**)



- ➔ **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^{ème} parent accordant tout pouvoir à la scolarisation de l'enfant.
- ➔ **CERTIFICAT de RADIATION** de la précédente école (le cas échéant)

ATTENTION : les Dossiers incomplets ne seront pas acceptés

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 vous sera transmis par mail

✉ vie-scolaire@mairie-leognan.fr + Copie ✉ ketty.souhil@mairie-leognan.fr