

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 :**

RENSEIGNEMENT MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT **dans le cadre d'un P.A.I.** (Projet d'Accueil Individualisé)

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)} ou Extrait d'acte de naissance
- ➔ **ATTESTATION DE VACCINATION** renseignée et dûment signée par votre médecin (Attestation justifiant des vaccinations à jour) (**Formulaire joint**)
- ➔ **JUSTIFICATIF DE DOMICILE DE MOINS DE 3 MOIS**
- ➔ 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

Vous pouvez retourner vos documents par mail à vie-scolaire@mairie-leognan.fr
Ou les déposer en mairie – Service scolarité => prendre rendez-vous
sur site de la mairie / icône scolarité / « prendre rendez-vous » (capture d'écran ci-dessous)

Pour prendre rendez-vous avec le service scolarité : [prendre rendez-vous](#)

Contact : 05 57 96 02 14 - vie-scolaire@mairie-leognan.fr

ATTESTATION DE VACCINATION

Je soussigné(e)

Docteur :

Certifie que l'enfant :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Satisfait aux obligations vaccinales relatives à son admission à l'école et/ou aux accueils collectifs de mineurs.

Certificat établi pour les inscriptions scolaires et les activités extrascolaires.

Fait à :

Le :

Signature et cachet du médecin