

Mairie de Chamarande  
2 Place de la Libération  
91730 CHAMARANDE

Mairie de Torfou  
16 Grande Rue  
91730 TORFOU

ANNÉE SCOLAIRE 2023-2024

☎ 01.60.82.20.11  
@ [mairie@chamarande.fr](mailto:mairie@chamarande.fr)

☎ 01.60.82.39.40  
@ [mairie.torfou@wanadoo.fr](mailto:mairie.torfou@wanadoo.fr)

**RESERVÉ AU SERVICE :** dossier reçu le ..... N° d'enregistrement : .....

**1/ L'ENFANT**

**Nom**..... **Prénom** .....

Date de naissance..... Sexe : féminin  masculin

Lieu de naissance ..... Département.....

Niveau scolaire à la rentrée de Septembre : .....

Établissement fréquenté précédemment (le cas échéant) : .....

Adresse de cet établissement : .....

**2/ LES RESPONSABLES LÉGAUX :**

Responsable 1 :

M.  Mme

Nom d'usage .....

Nom patronymique (nom de jeune fille) .....

Prénom .....

Lien avec l'enfant Mère  Père  Tuteur

Autre (préciser).....

Téléphone domicile ☎ .....

Téléphone portable ☎ .....

Adresse électronique @ .....

Nom et adresse de l'employeur .....

Téléphone professionnel .....

N° allocataire CAF .....

Responsable 2 :

M.  Mme

.....

.....

.....

Mère  Père  Tuteur

Autre (préciser).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Situation familiale : mariés  vie maritale ou PACS  divorcé(e)  célibataire  veuf(ve)  séparé(e)

### 3/ LE FOYER OÙ VIT L'ENFANT :

#### **Enfants relevant du foyer**

NOM	Prénom	Date de naissance	Établissement scolaire fréquenté (le cas échéant)
<u>Enfant à inscrire :</u>			
<u>Autres enfants du foyer :</u>			

#### **Adresse actuelle du foyer :**

N° : ..... Rue.....

Complément d'adresse : .....

Bâtiment : ..... Appartement : ..... Étage .....

Code Postal : ..... Ville : .....

#### **Adresse au 1<sup>er</sup> septembre (si différente de l'adresse ci-dessus)**

N°: ..... Rue : .....

Complément d'adresse : .....

Bâtiment : ..... Appartement : ..... Étage .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Date prévue du déménagement : .....

#### **Si les parents de l'enfant vivent séparés**

Les deux parents de l'enfant sont électeurs au Conseil d'École, sous réserve d'être titulaire de l'autorité parentale, que celle-ci soit exercée en commun ou non.

Aussi, pour le cas où l'un des deux parents ne réside plus au foyer désigné ci-dessus, merci de bien vouloir **obligatoirement** noter ici ses coordonnées, afin que celles-ci puissent figurer sur la liste d'émargement des élections au Conseil d'École :

Monsieur  Madame

Nom ..... Prénom .....

Adresse.....

Téléphone domicile ..... Téléphone portable .....

Adresse électronique .....

L'enfant est-il en garde alternée : oui  non

#### **4/ PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (autres que les parents)**

**3 personnes maximum - Merci de vous assurer de la fiabilité de ces contacts**

Nom ..... Prénom.....  
Lien avec l'enfant ..... Tél. domicile ..... Tél. portable .....

Nom ..... Prénom.....  
Lien avec l'enfant ..... Tél. domicile ..... Tél. portable .....

Nom ..... Prénom.....  
Lien avec l'enfant ..... Tél. domicile ..... Tél. portable .....

**Attention : Sauf mention contraire du signataire de la présente demande, décisions judiciaires à l'appui, lorsque l'un des deux parents ne fait pas partie du foyer où vit l'enfant, il garde ses droits sur l'enfant.**

**Il est ainsi indiqué comme contact à prévenir en cas d'urgence et autorisé à venir chercher l'enfant.**

#### **5/ QUESTIONNAIRE SANTÉ**

##### **Médecin traitant :**

NOM : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

##### **Renseignements médicaux en cas d'hospitalisation :**

N° de sécurité sociale de l'enfant : .....

Nom de la société d'assurance ou de la mutuelle assurant l'enfant : .....

##### **Date des derniers rappels des vaccins suivants (merci de joindre une copie du carnet de santé) :**

BCG : ..... DT POLIO (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite) : .....

ROR (Rubéole, Oreillons, Rougeole) : .....

Autres vaccins : .....

L'enfant n'est pas vacciné (joindre un certificat de contre-indication)

##### **Maladies contagieuses et épidémiques contractées :**

Coqueluche  Diphtérie  Hépatite  Méningite  Oreillons  Rougeole  Rubéole

Scarlatine  Typhoïde  Varicelle  Autre(s) : .....

##### **Autres renseignements :**

L'enfant porte  des lunettes  des lentilles  des prothèses : .....

L'enfant ne peut pas pratiquer certaines activités sportives (joindre un certificat de contre-indication)

L'enfant a un régime alimentaire sans porc

L'enfant est porteur de troubles de santé (allergie(s), régime alimentaire, asthme....) qui nécessite un Projet d'Accueil

Individualisé (PAI)

Je soussigné,

Nom .....

Prénom .....

Qualité (cochez la case correspondante) :

Père

Mère

Autre responsable légal  (dans ce cas, fournir obligatoirement copie du document attestant de la qualité)

Certifie l'exactitude des renseignements complétés par mes soins dans ce dossier et m'engage à signaler immédiatement toute modification à la Mairie de mon domicile.

Certifie en outre être titulaire de l'autorité parentale nécessaire à l'établissement de la présente demande, et effectuer cette démarche en accord avec le parent non signataire.

A....., le .....

**Signature obligatoire**

**Merci de vérifier avant de renvoyer ce document que vous avez bien fourni  
toutes les pièces justificatives demandées**