

REGROUPEMENT PÉDAGOGIQUE
INTERCOMMUNAL
CHAMARANDE / TORFOU

DEMANDE D'INSCRIPTION SCOLAIRE
ANNÉE SCOLAIRE 2026-2027

Mairie de Chamarande
2 Place de la Libération
91730 CHAMARANDE

Mairie de Torfou
16 Grande Rue
91730 TORFOU

☎ 01.60.82.20.11
@ mairie@chamarande.fr

☎ 01.60.82.39.40
@ 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^{er} 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 ☐

NomPrénom

Adresse.....

Téléphone domicileTéléphone 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. domicileTél. portable
Nom	Prénom.....
Lien avec l'enfant	Tél. domicileTél. portable
Nom	Prénom.....
Lien avec l'enfant	Tél. domicileTél. 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**