Ecole Maternelle de Carspach
Rue de l'église
68130 Carspach
☎ 03 89 40 60 14
ce.0680651N@ac-strasbourg.fr

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

**Cadre réservé à l'administration**

Documents présentés : Livret de famille ❑ Carnet de santé ❑ Dérogation ❑

## ELEVE

NOM : ..... Prénom : ..... Sexe : M ❑ F ❑

Né(e) le : ...../...../..... Lieu de naissance : .....Nationalité : .....

Adresse de résidence de l'enfant :

.....

## FAMILLE DE L'ENFANT

| | Père | Mère |
|---|---|---|
| **NOM** | | |
| **Prénom** | | |
| **Nom de jeune fille** | | |
| **Adresse** | | |
| **Code Postal** | | |
| **Ville** | | |
| **☎ Domicile** | | |
| **☎ Portable** | | |
| **Profession** | | |
| **Entreprise** | | |
| **☎ Travail** | | |
| **Adresse mail** | | |
| **Situation de famille** | mariés □ séparés □ divorcés □ union libre □ pacsés □ veuf(ve) □ | |
| **Autorité parentale** | □ oui □ non | □ oui □ non |
| **En cas de placement chez un tiers (famille d'accueil,...)** | Nom et prénom : ..... ☎: .....<br>Adresse :.....<br>Organisme : ..... Personne référente : ..... | |

## AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom et prénom : ..... Qualité : (famille, voisin, gardienne) :.....

☎ : ..... Adresse : .....

Nom et prénom : ..... Qualité : (famille, voisin, gardienne) :.....

☎ : ..... Adresse : .....

**FRERES ET SŒURS**

| NOM | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Prénom | | | | | |
| Année de naissance | | | | | |

**SANTE**

**Médecin traitant :**

Nom et prénom : ..... ☎ : .....

Adresse : .....

**Date du dernier rappel vaccin DTP :** .....

*Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'école (allergies, asthme, intolérance alimentaire, traitements en cours, précautions particulières à prendre... :*

.....

.....

**Port de lunettes :** en permanence ❑ en classe seulement ❑

**PERISCOLAIRE** Votre enfant fréquentera le périscolaire : Oui ☐ Non ☐

**CANTINE** Votre enfant mangera-t-il à la cantine (renseignements, inscriptions à l'institut Sonnenberg) : Oui ☐ Non ☐

**ORGANISATION DE LA SIESTE** ***(Concerne les enfants de petite section)***

Votre enfant fera-t-il la sieste à l'école ? Oui ☐ Non ☐ Occasionnellement ☐

**PERSONNES AUTORISEES A CHERCHER VOTRE ENFANT A L'ECOLE** *Indiquez toutes les personnes susceptibles de chercher votre enfant à l'école, y compris vous-mêmes. Si vous souhaitez modifier cette liste à la rentrée, informez-en les enseignants en charge de votre enfant.*

| NOM Prénom | Adresse | N°de téléphone domicile/portable | Lien avec l'enfant |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

***Je soussigné(e) certifie l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.***

**Date :** **Signature du père :** **Signature de la mère :**