Nom : Prénom :

Né(e) le :  à  Sexe :

Origine :  Nationalité :  Langue :

Représentant légal :  Parents  Père  Mère  Tuteur

**Parents**

**Si l’autorité parentale n’est pas conjointe, merci de joindre à la présente le document officiel**

**(décision d’autorité)**

**Père** (Nom, prénom) :

Profession :  Tél :

Adresse e-mail :

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Mère** (Nom, prénom) :

Profession :  Tél :

Adresse e-mail :

Adresse :

**Fratrie :** 1.  Né(e) le

2.  Né(e) le

3.  Né(e) le

**Inscription**

**Année scolaire :**  **Date de début :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jour | | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
| Matin | Arrivée |  |  |  |  |  |
| Départ |  |  |  |  |  |
| Après-midi | Arrivée |  |  |  |  |  |
| Départ |  |  |  |  |  |

**Informations personnelles**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Motif de l'inscription : | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Développement : | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Evénements particuliers : | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Hospitalisation : | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Soins particuliers : | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Médicaments / régime : | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | |
| Pédiatre : |  | | | | | | | | |
| Personne à contacter en cas d'urgence : | | | | | | | |  | |

Demande d'inscription faite le :

Signature du représentant légal :