



Tél : 04.92.55.92.80

Fax : 04.92.55.95.29

Mail : mairie@st-jean-st-nicolas.fr

**PREINSCRIPTION SCOLAIRE**  
**ANNÉE : 2017-2018**

DATE DE RENTRÉE : \_\_\_\_\_ CLASSE : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

SEXE :  M  F

NÉ(E) LE : \_\_\_\_\_ A : \_\_\_\_\_ DEP : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ COMMUNE : \_\_\_\_\_

**RESPONSABLES LEGAUX**

PARENT 1 :  Madame  Monsieur

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

NÉ(E) LE : \_\_\_\_\_ A : \_\_\_\_\_ DEP : \_\_\_\_\_

AUTORITÉ PARENTALE  OUI  NON SITUATION MARITALE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ COMMUNE : \_\_\_\_\_

TEL. DOMICILE : \_\_\_\_\_ TEL. PORTABLE : \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_

**PARENT 2** :  Madame       Monsieur  
NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
NÉ(E) LE : \_\_\_\_\_ A : \_\_\_\_\_ DEP : \_\_\_\_\_  
AUTORITÉ PARENTALE     OUI     NON    SITUATION MARITALE : \_\_\_\_\_  
ADRESSE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
CP : \_\_\_\_\_ COMMUNE : \_\_\_\_\_  
TEL. DOMICILE : \_\_\_\_\_ TEL. PORTABLE : \_\_\_\_\_  
COURRIEL : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS PERISCOLAIRES**

RAMASSAGE SCOLAIRE :  OUI       NON  
GARDERIE :  OUI       NON  
RESTAURATION SCOLAIRE :  OUI       NON  
:  Demande au Directeur et au Médecin scolaire la passation d'un P.A.I car l'enfant a un problème de santé à prendre en charge en temps scolaire.

DATE :

SIGNATURE DU PARENT 1

SIGNATURE DU PARENT 2