



Tél : 04.92.55.92.80

Fax : 04.92.55.95.29

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

PREINSCRIPTION SCOLAIRE
ANNÉE : 2018-2019

DATE DE RENTRÉE : _____ CLASSE : _____

ÉLÈVE :

NOM : _____

PRÉNOM : _____

SEXE : M F

NÉ(E) LE : _____ A : _____ DEP : _____

ADRESSE : _____

CP : _____ COMMUNE : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

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