

Dossier d'inscription à l'école

Année 201

Cadre réservé à l'administration		
<input type="checkbox"/> Maternelle	<input type="checkbox"/> Élémentaire	
<input type="checkbox"/> Laoü	<input type="checkbox"/> Victor Hugo	<input type="checkbox"/> Paul Fort / Les prés
<input type="checkbox"/> Livret de famille	<input type="checkbox"/> Justificatif de domicile	<input type="checkbox"/> Carnet de santé
<input type="checkbox"/> Jugement de divorce	<input type="checkbox"/> Autre	
Dossier validé		Saisie Agora
Courrier		Traité par

La demande d'inscription d'un enfant dans un établissement scolaire est un acte usuel, au sens des dispositions de l'article 372-2 du code civil selon lesquelles « A l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne à l'enfant ».

Responsable légal 1

<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom d'usage		Prénom	
Nom de naissance		<input type="checkbox"/> Union libre	<input type="checkbox"/> Divorcé ou séparé
<input type="checkbox"/> Marié	<input type="checkbox"/> Pacsé	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Veuf
Adresse complète			
Code postal		Ville	
Téléphone		Téléphone travail	
Adresse e-mail			
<input type="checkbox"/> J'autorise la Ville de Lescar à utiliser cette adresse dans un but d'information dans le cadre des affaires scolaires et périscolaires.			
<input type="checkbox"/> CAF	<input type="checkbox"/> MSA	<input type="checkbox"/> Autre :	
N° d'allocataire			
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

Responsable légal 2

<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom d'usage		Prénom	
Nom de naissance		<input type="checkbox"/> Union libre	<input type="checkbox"/> Divorcé ou séparé
<input type="checkbox"/> Marié	<input type="checkbox"/> Pacsé	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Veuf
Adresse complète			
Code postal		Ville	
Téléphone		Téléphone travail	
Adresse e-mail			
<input type="checkbox"/> J'autorise la Ville de Lescar à utiliser cette adresse dans un but d'information dans le cadre des affaires scolaires et périscolaires.			
<input type="checkbox"/> CAF	<input type="checkbox"/> MSA	<input type="checkbox"/> Autre :	
N° d'allocataire			
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

1^{er} enfant à scolariser

Nom de famille		Prénom	
Date de naissance			
Scolarité suivie en 201_ / 201_ en classe de			
Demande d'inscription en classe de			
Date d'arrivée en cours d'année			
Observations			

Inscriptions

	Garderie	Cantine	TAP
Lundi	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>	
Mardi	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercredi	<input type="checkbox"/> Matin		
Jeudi	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAI (Projet d'Accueil Individualisé si allergies ou problème de santé)			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Végétarien annuel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Végétarien ponctuel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Médecin traitant

Nom		Téléphone	
-----	--	-----------	--

Hospitalisation

Autorisation d'hospitalisation J'autorise tout médecin, le cas échéant, à faire pratiquer toute opération chirurgicale en cas d'urgence et à prescrire tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant mineur.	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
---	--

Vaccination

BCG - Monotest	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
DTCoq, Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
Hépatite B	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
Méningite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
ROR	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
Maladies contractées			

Allergies

<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Alimentaire	<input type="checkbox"/> Médicamenteuse
Préciser la cause et la conduite à tenir		

Difficulté de santé

Recommandations utiles	
------------------------	--

2^e enfant à scolariser

Nom de famille		Prénom	
Date de naissance			
Scolarité suivie en 201_ / 201_ en classe de			
Demande d'inscription en classe de			
Date d'arrivée en cours d'année			
Observations			

Inscriptions

	Garderie	Cantine	TAP
Lundi	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>	
Mardi	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercredi	<input type="checkbox"/> Matin		
Jeudi	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAI (Projet d'Accueil Individualisé si allergies ou problème de santé)			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Végétarien annuel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Végétarien ponctuel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Médecin traitant

Nom		Téléphone	
-----	--	-----------	--

Hospitalisation

Autorisation d'hospitalisation J'autorise tout médecin, le cas échéant, à faire pratiquer toute opération chirurgicale en cas d'urgence et à prescrire tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant mineur.	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
---	--

Vaccination

BCG - Monotest	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
DTCoq, Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
Hépatite B	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
Méningite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
ROR	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
Maladies contractées			

Allergies

<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Alimentaire	<input type="checkbox"/> Médicamenteuse
Préciser la cause et la conduite à tenir		

Difficulté de santé

Recommandations utiles	
------------------------	--

Personnes autorisées à récupérer l'enfant en dehors des parents

Nom		Prénom	
Téléphone		Qualité	
Nom		Prénom	
Téléphone		Qualité	
Nom		Prénom	
Téléphone		Qualité	
Nom		Prénom	
Téléphone		Qualité	

Droit à l'image

Nous soussignés (Prénom Nom du parent)	
Et (Prénom Nom du parent)	

Donnons à la Ville de Lescar l'autorisation de fixer, reproduire et diffuser l'image de mon enfant mineur, en tout ou partie, en nombre illimité et à titre gracieux, sur tous les supports de communication et d'information actuels à venir pour une durée ne pouvant pas excéder deux ans.

Note : La légende des photographies ne pourra pas porter atteinte à la vie privée ou à la réputation de la personne. Les images ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages sans votre accord préalable.
L'autorisation ne sera valable qu'à signature des deux parents

Fait à	Le
Mentions « Lu et approuvé »	Mentions « Lu et approuvé »
Signature du père	Signature de la mère

A Lescar le

Signature

3^e enfant à scolariser

Nom de famille		Prénom	
Date de naissance			
Scolarité suivie en 201_ / 201_ en classe de			
Demande d'inscription en classe de			
Date d'arrivée en cours d'année			
Observations			

Inscriptions

	Garderie	Cantine	TAP
Lundi	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>	
Mardi	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercredi	<input type="checkbox"/> Matin		
Jeudi	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAI (Projet d'Accueil Individualisé si allergies ou problème de santé)			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Végétarien annuel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Végétarien ponctuel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Médecin traitant

Nom		Téléphone	
-----	--	-----------	--

Hospitalisation

Autorisation d'hospitalisation J'autorise tout médecin, le cas échéant, à faire pratiquer toute opération chirurgicale en cas d'urgence et à prescrire tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant mineur.	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
---	--

Vaccination

BCG - Monotest	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
DTCoq, Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
Hépatite B	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
Méningite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
ROR	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
Maladies contractées			

Allergies

<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Alimentaire	<input type="checkbox"/> Médicamenteuse
Préciser la cause et la conduite à tenir		

Difficulté de santé

Recommandations utiles	
-------------------------------	--