



Inscriptions scolaires 2024-2025

Cadre réservé à l'administration

Maternelle Élémentaire Classe _____
 Laoü Victor Hugo Paul Fort / Les prés

Pièces à fournir

Livret de famille Justificatif de domicile Carnet de santé
 Jugement de divorce Autre _____

Dossier validé le _____ Saisie Agora _____ 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 « À 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 ». Les données collectées dans ce formulaire seront traitées par le service Affaires scolaire. Elles serviront à créer le « Compte famille » dans le logiciel de gestion périscolaire Agora Plus et dans lequel elles seront conservées jusqu'à la fin de la scolarité du ou des enfants. En conformité avec le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), l'utilisateur dispose d'un droit d'accès à ses informations, de rectification et de suppression.

Responsable légal 1

Mère Père Autre

Nom d'usage _____ Prénom _____

Nom de naissance _____ Date de naissance _____

Marié Pacsé Union libre Divorcé Séparé Célibataire Veuf

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone _____ e-mail _____

La ville de Lescar utilisera ces coordonnées dans un but d'information dans le cadre des affaires scolaires et périscolaires.

CAF MSA Autre _____

N° d'allocataire _____ Autorité parentale Oui Non

Responsable légal 2

Mère Père Autre

Nom d'usage _____ Prénom _____

Nom de naissance _____ Date de naissance _____

Marié Pacsé Union libre Divorcé Séparé Célibataire Veuf

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone _____ e-mail _____

La ville de Lescar utilisera ces coordonnées dans un but d'information dans le cadre des affaires scolaires et périscolaires.

CAF MSA Autre _____

N° d'allocataire _____ Autorité parentale Oui Non

1^{er} enfant à scolariser

Nom de famille _____ Prénom _____

Date de naissance _____ Lieu de naissance _____

Scolarité 2023-2024 en classe de _____

Demande d'inscription en classe de _____

Date d'arrivée en cours d'année _____

Observations _____

Inscriptions

	Accueil périscolaire		Cantine
Lundi	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>

PAI *Projet d'Accueil Individualisé si allergies ou problèmes de santé* Oui Non

Végétarien annuel Oui Non Végétarien ponctuel Oui Non

Médecin traitant

Nom _____ Téléphone _____

Hospitalisation

Autorisation d'hospitalisation Oui Non

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.

Vaccination

BCG - Monotest Oui Non Date du dernier rappel _____

DTCoq, Poliomyélite Oui Non Date du dernier rappel _____

Hépatite B Oui Non Date du dernier rappel _____

Méningite Oui Non Date du dernier rappel _____

ROR Oui Non Date du dernier rappel _____

Maladies contractées _____

Allergies

Asthme Alimentaire Médicamenteuse

Précisez la cause et la conduite à tenir _____

Difficultés de santé

Recommandations utiles _____

2^e enfant à scolariser

Nom de famille _____ Prénom _____

Date de naissance _____ Lieu de naissance _____

Scolarité 2023-2024 en classe de _____

Demande d'inscription en classe de _____

Date d'arrivée en cours d'année _____

Observations _____

Inscriptions

	Accueil périscolaire		Cantine
Lundi	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>

PAI *Projet d'Accueil Individualisé si allergies ou problèmes de santé* Oui Non

Végétarien annuel Oui Non Végétarien ponctuel Oui Non

Médecin traitant

Nom _____ Téléphone _____

Hospitalisation

Autorisation d'hospitalisation Oui Non

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.

Vaccination

BCG - Monotest Oui Non Date du dernier rappel _____

DTCoq, Poliomyélite Oui Non Date du dernier rappel _____

Hépatite B Oui Non Date du dernier rappel _____

Méningite Oui Non Date du dernier rappel _____

ROR Oui Non Date du dernier rappel _____

Maladies contractées _____

Allergies

Asthme Alimentaire Médicamenteuse

Précisez la cause et la conduite à tenir _____

Difficultés de santé

Recommandations utiles _____

Personnes autorisées à récupérer l'enfant en dehors des parents

Nom _____ Prénom _____

Téléphone _____ Qualité _____

Droit à l'image

Nous, soussignés _____

et _____

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

Mention « Lu et approuvé »
et signature du responsable légal 1

Mention « Lu et approuvé »
et signature du responsable légal 2

J'ai pris connaissance du règlement de fonctionnement de la commune de Lescar et m'engage à le respecter.

À Lescar, le _____

Signature

3^e enfant à scolariser

Nom de famille _____ Prénom _____

Date de naissance _____ Lieu de naissance _____

Scolarité 2023-2024 en classe de _____

Demande d'inscription en classe de _____

Date d'arrivée en cours d'année _____

Observations _____

Inscriptions

	Accueil périscolaire		Cantine
Lundi	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>

PAI *Projet d'Accueil Individualisé si allergies ou problèmes de santé* Oui Non

Végétarien annuel Oui Non Végétarien ponctuel Oui Non

Médecin traitant

Nom _____ Téléphone _____

Hospitalisation

Autorisation d'hospitalisation Oui Non

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.

Vaccination

BCG - Monotest Oui Non Date du dernier rappel _____

DTCoq, Poliomyélite Oui Non Date du dernier rappel _____

Hépatite B Oui Non Date du dernier rappel _____

Méningite Oui Non Date du dernier rappel _____

ROR Oui Non Date du dernier rappel _____

Maladies contractées _____

Allergies

Asthme Alimentaire Médicamenteuse

Précisez la cause et la conduite à tenir _____

Difficultés de santé

Recommandations utiles _____
