



Inscriptions scolaires

2026-2027

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 scolaires. 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 2025-2026 en classe de _____
Demande d'inscription en classe de _____
Date d'arrivée en cours d'année _____
Observations _____

Inscriptions

	Accueil périscolaire		Cantine
Lundi	☐ Matin	☐ Soir	☐
Mardi	☐ Matin	☐ Soir	☐
Jeudi	☐ Matin	☐ Soir	☐
Vendredi	☐ Matin	☐ Soir	☐

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 2025-2026 en classe de _____

Demande d'inscription en classe de _____

Date d'arrivée en cours d'année _____

Observations _____

Inscriptions

	Accueil périscolaire		Cantine
Lundi	☐ Matin	☐ Soir	☐
Mardi	☐ Matin	☐ Soir	☐
Jeudi	☐ Matin	☐ Soir	☐
Vendredi	☐ Matin	☐ Soir	☐

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 _____

Nom _____ Prénom _____

Téléphone _____ Qualité _____

Nom _____ Prénom _____

Téléphone _____ Qualité _____

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 2025-2026 en classe de _____

Demande d'inscription en classe de _____

Date d'arrivée en cours d'année _____

Observations _____

Inscriptions

	Accueil périscolaire		Cantine
Lundi	☐ Matin	☐ Soir	☐
Mardi	☐ Matin	☐ Soir	☐
Jeudi	☐ Matin	☐ Soir	☐
Vendredi	☐ Matin	☐ Soir	☐

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 _____
