



## CERTIFICAT D'INSCRIPTION ÉCOLE PRIMAIRE DES 20 CŒURS

### ***A remplir par le représentant légal***

Je soussigné(e), M., Mme : \_\_\_\_\_

☐ Marié(e)   ☐ Pacsé(e)   ☐ Vie maritale   ☐ Célibataire   ☐ Séparé(e)   ☐ Divorcé(e)   ☐ Veuf(ve)

Demeurant : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Demande l'inscription à l'école primaire des 20 Cœurs d'Arcey pour l'année scolaire 2026/2027 de l'enfant :

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

Prénoms : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal,

---

### **Décision de la Mairie :**

☐ Inscription acceptée

☐ Inscription refusée, motif : \_\_\_\_\_

le .... / ..... / .....

Le Maire ou son représentant

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### ÉLÈVE

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M ☐ F ☐

Né(e) le : \_\_/\_\_/\_\_ Lieu de naissance (commune et département) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Frères/ Sœurs (noms et dates de naissance) : \_\_\_\_\_

### RESPONSABLES LÉGAUX

**Mère** NOM de jeune fille : \_\_\_\_\_ Autorité parentale : \_\_\_\_\_ Oui ☐ Non ☐

NOM marital (nom d'usage) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Situation familiale (2) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Père** Autorité parentale : \_\_\_\_\_ Oui ☐ Non ☐

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Situation familiale (2) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Autre responsable légal** (personne physique ou morale) Autorité parentale : \_\_\_\_\_ Oui ☐ Non ☐

Organisme : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

(2) Célibataire - Marié(e) - Veuf(ve) - Divorcé(e) - Séparé(e) - Concubin(e) - Pacsé(e)

**PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ ☐ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ ☐ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Téléphone port. : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ ☐ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ ☐ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Téléphone port. : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ ☐ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ ☐ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Téléphone port. : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES**

*Si déjà connues*

Garderie soir : Oui ☐ Non ☐

Restaurant scolaire : Oui ☐ Non ☐

Transport scolaire : Oui ☐ Non ☐

**MEDECIN TRAITANT**

NOM : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Problème de santé connu : \_\_\_\_\_

**ASSURANCE DE L'ENFANT**

Responsabilité civile : Oui ☐ Non ☐ Individuelle Accident : Oui ☐ Non ☐

Compagnie d'assurance: \_\_\_\_\_ Numéro de police d'assurance : \_\_\_\_\_

**AUTORISATIONS**

- ☐ J'autorise tout médecin responsable, à faire pratiquer le cas échéant, toute intervention chirurgicale et à prescrire en cas d'urgence tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant.
- ☐ J'autorise la communication de mon adresse aux associations de parents d'élèves.
- ☐ J'autorise que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires.

Date : \_\_\_\_\_ Signature de la mère : \_\_\_\_\_ Signature du père : \_\_\_\_\_ autre représentant légal : \_\_\_\_\_