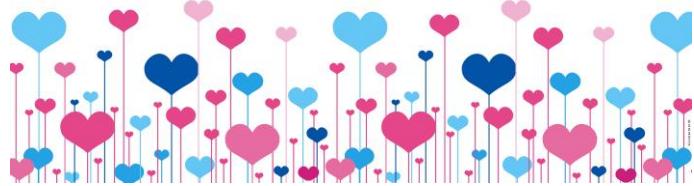


Ecole élémentaire  
*des 20 cœurs*



**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

## Admission à l'Ecole des 20 Coeurs d'ARCEY année scolaire 2026/2027

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

Restaurant scolaire :       Oui     Non      Problème de santé connu : \_\_\_\_\_

Transport scolaire :       Oui     Non    \_\_\_\_\_

**ASSURANCE DE L'ENFANT**

Responsabilité civile :       Oui     Non      Individuelle Accident :       Oui     Non

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

**MEDECIN TRAITANT**

NOM : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

**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 : \_\_\_\_\_