

INSCRIPTION SCOLAIRE

Joindre la copie du :

- livret de famille
- des vaccins
- attestation assurances
- certificat de radiation en cas de changement d'école

COMMUNE DE ST PIERRE LE VIEUX

ECOLE DU MARAIS MOUILLE – 11 Rue Edouard SAVINEAU - Souil

FICHE D'INSCRIPTION SUR LA LISTE SCOLAIRE ANNEE SCOLAIRE 2026-2027

ELEVE

NOM de Famille : NOM d'usage :
Prénom(s) : 1 - 2 - 3 -
Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐ Né(e) le : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Pays de naissance : Dépt : |_|_|_| Commune :
Adresse : n° |_|_|_| Voie :
Complément :
Code postal : |_|_|_|_|_| Commune :

SCOLARITE DEMANDEE

TPS (-3ans) ☐ - PS ☐ - MS ☐ - GS ☐ - CP ☐ - CE1 ☐ - CE2 ☐ - CM1 ☐ - CM2 ☐
Ecole : Date d'effet de l'inscription : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

RESPONSABLES LEGAUX

(outre les contraintes liées à l'exercice de l'autorité parentale, il est important de renseigner ce paragraphe concernant les responsables légaux pour la transmission des résultats scolaires – circulaire n° 94-149 du 13/04/1994)

MERE :

Autorité parentale : Oui ☐ - Non ☐ Droit de garde : Oui ☐ - Non ☐ modalités le cas échéant.....
NOM marital (nom d'usage) : Prénom(s) :
NOM de jeune fille :
Adresse : n° |_|_|_| – Voie :
(si différente de celle de l'élève)
Complément :
Code postal : |_|_|_|_|_| Commune :
Profession :
Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Numéro de poste :
Courriel :@.....

PERE :

Autorité parentale : Oui ☐ - Non ☐ Droit de garde : Oui ☐ - Non ☐ modalités le cas échéant.....
NOM : Prénom(s) :
Adresse : n° |_|_|_| – Voie :
(si différente de celle de l'élève)
Complément :
Code postal : |_|_|_|_|_| Commune :
Profession :
Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Numéro de poste :
Courriel :@.....

Autorise à communiquer ses adresses (postale-courriel)

OUI

NON

AUTRE RESPONSABLE LEGAL (PERSONNE PHYSIQUE OU MORALE)Autorité parentale : Oui ☐ - Non ☐ Droit de garde : Oui ☐ - Non ☐ modalités le cas échéant....

Organisme :

Interlocuteur : NOM : Prénom (s) :

Fonction :

Lien avec l'enfant :

Adresse : n° - Voie :
(si différente de celle de l'élève)

Complément :

Code postal : Commune :

Profession :

Téléphone domicile : Téléphone portable : Téléphone travail : Numéro de poste :

Courriel :@.....

INFORMATIONS PERISCOLAIRESGarderie matin : Oui ☐ Non ☐Garderie soir : Oui ☐ Non ☐Aide aux devoirs : Oui ☐ Non ☐Restauration scolaire : Oui ☐ Non ☐Transport scolaire : Oui ☐ Non ☐**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

(informations particulières sur lesquelles les responsables légaux souhaitent attirer l'attention de la collectivité et/ou de l'école)

Médecin traitant : Téléphone cabinet :

J'autorise la collectivité et/ou l'école à prendre toute mesure qui s'impose en cas de nécessité, dont en cas d'urgence absolue l'admission à l'hôpital.

Responsabilité civile : Compagnie : Police n° :

N° allocataire (CAF, MSA, Autres) :

Divers :
.....
.....Fait à St Pierre Le Vieux, le / / Signature des responsables légaux**La remise de ce document à la direction de l'école ne vaut pas inscription.****Seul le certificat d'inscription scolaire remis ultérieurement aux responsables légaux atteste de celle-ci.**

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (Article 34 de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978)

CADRE RESERVE A LA DIRECTION DE L'ECOLE

Ecole

Classe Enseignant

Situation administrative : Inscrit ☐ - Admis ☐ - Mis en liste d'attente ☐ - Radié ☐Date : / /

INSCRIPTION GARDERIE 2026-2027

Mr ou Mme.....

Domicilié(e).....

Inscrits mon (mes) enfant(s) pour la semaine duau.....

.....âgé(e) de.....

.....âgé(e) de.....

.....âgé(e) de.....

.....âgé(e) de.....

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Garderie du matin : Horaire d'arrivée				

N° de téléphone pour vous joindre rapidement en cas d'urgence :

Cadre réservé à l'administration

Inscription recue en Mairie le :

Fait le.....

Signature

INSCRIPTION GARDERIE 2026-2027

Mr ou Mme.....

Domicilié(e).....

Inscrits mon (mes) enfant(s) pour la semaine duau.....

.....âgé(e) de.....

.....âgé(e) de.....

.....âgé(e) de.....

.....âgé(e) de.....

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Garderie du matin : Horaire d'arrivée				

N° de téléphone pour vous joindre rapidement en cas d'urgence :

Cadre réservé à l'administration

Inscription recue en Mairie le :

Fait le.....

Signature

INSCRIPTION CANTINE

M. ou Mme _____

Domicilé(e) _____

Autorise l'(es) enfant(s) :

_____ âgé(e) de _____

_____ âgé(e) de _____

_____ âgé(e) de _____

_____ âgé(e) de _____

_____ âgé(e) de _____

à manger à la cantine

N° de téléphone pour vous joindre rapidement en cas de problème : _____

Fait le

Signature

INSCRIPTION CANTINE

M. ou Mme _____

Domicilé(e) _____

Autorise l'(es) enfant(s) :

_____ âgé(e) de _____

_____ âgé(e) de _____

_____ âgé(e) de _____

_____ âgé(e) de _____

_____ âgé(e) de _____

à manger à la cantine

N° de téléphone pour vous joindre rapidement en cas de problème : _____

Fait le

Signature

MAIRIE
DE
SAINT PIERRE LE VIEUX
Tél 02.51.00.70.12
Fax 02.51.87.27.29

DISPOSITION EN CAS D'ACCIDENT

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

NOM : PRENOM :

Téléphone domicile : Travail :

NOM : PRENOM :

Téléphone domicile : Travail :

Médecin de famille : Dr Téléphone :

En cas d'absence de la personne responsable, je soussigné.....
Autorise les responsables de la cantine et/ou de la garderie municipale de Saint
Pierre Le Vieux à prendre contact avec le médecin de famille mentionné ci-
dessus ou prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident
nécessitant des secours d'urgence pour votre ou vos enfants qui fréquentent la
cantine et/ou la garderie municipale.

Fait à St Pierre Le Vieux, le.....

Signatures des parents :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Commune de ST PIERRE LE VIEUX (A) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Commune de ST PIERRE LE VIEUX. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 15 ZZZ 497350

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : Commune de ST PIERRE LE VIEUX

Adresse : 2 Le Bourg

Code postal : 85420

Ville : ST PIERRE LE VIEUX

Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

I B A N

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

()

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif Y

Paiement ponctuel Y

Signé à :

Le

Signature :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Commune de ST PIERRE LE VIEUX. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec la Commune de ST PIERRE LE VIEUX.