

Syndicat Scolaire Intercommunal Le Mesnil-Raoult-Saint Romphaire -Troisgots

1 Rue Saint Barthélémy - Saint Romphaire - 50750 BOURGVALLEES

Tél : 02 33 57 14 50 @ : syndscolairestromphaire@orange.fr

FICHE D'INSCRIPTION Année scolaire 2026-2027

ECOLE :

Classe à la rentrée de septembre (niveau) :



Enfant (un formulaire à remplir par enfant)

NOM : Prénom : Sexe :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

L'enfant réside : ☐ chez les parents ☐ chez le père ☐ chez la mère ☐ chez ses tuteurs

Responsables légaux

Situation familiale des parents : ☐ mariés ☐ pacsés ☐ vie maritale ☐ divorcés ☐ séparés ☐ veuf

Père autorité parentale ☐ Oui ☐ Non

Nom :

Prénom :

Profession :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

.....

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Courriel :

Mère autorité parentale ☐ Oui ☐ Non

Nom de famille :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Profession :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Courriel :

Frères et sœurs scolarisés dans le même établissement

NOM	Prénom	Date de naissance	Classe

Syndicat Scolaire Intercommunal

Le Mesnil-Raoult-Saint Romphaire -Troisgots

1 Rue Saint Barthélémy - Saint Romphaire - 50750 BOURGVALLEES

Tél : 02 33 57 14 50 @ : syndscolairestromphaire@orange.fr

Accueils périscolaires

Restaurant scolaire : ☐ oui ☐ non

☐ Tous les jours ☐ Régulièrement (préciser le(s) jour(s)) ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi

☐ Occasionnellement (préciser)

Garderie scolaire : ☐ oui ☐ non ☐ Occasionnellement

Nom du payeur des factures :

Allocataire : ☐ CAF ☐ MSA **Numéro :**

Personnes à contacter en cas d'urgence et / ou autorisées à récupérer l'enfant (autres que les parents)

	Personne 1	Personne 2	Personne 3
Nom et prénom			
Lien avec l'enfant			
Tél domicile			
Tél portable			

Renseignements médicaux

Nom du médecin traitantTéléphone.....

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc.

Précisez.....

Votre enfant suit-il un traitement ? Si oui, lequel :

Votre enfant présente-t-il des problèmes de santé (allergie, maladie, accident, crises convulsives, opération, etc.)

Si oui, préciser :

En cas de Projet d'Accueil Individualisé, le fournir dès la rentrée.

Je soussigné(e) (**Nom et prénom**),.....

- certifie l'exactitude des renseignements complétés par mes soins dans ce dossier et m'engage à signaler toute modification, notamment changement d'adresse ou téléphone.
- déclare que mon enfant est en bonne santé, a subi les vaccinations réglementaires et peut s'adapter à la vie en collectivité,
- autorise que des mesures d'urgence soient prises sur avis médical, en cas d'accident, y compris éventuellement l'hospitalisation,
- autorise mon enfant à être photographié (photos ou images) dans le cadre des activités périscolaires

Liste des documents à fournir :

* Justificatif de domicile de -3 mois * Copie du livret de famille* Copie des pages de vaccinations du carnet de santé

Date et signature,