ECOLE DE NANTHEUIL /ACADEMIE DE BORDEAUX

Date d’inscription

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM | |  | |
| PRENOMS | |  | |
| DATE ET LIEU DE NAISSANCE | |  | |
| SEXE | | M F | |
| ADRESSE | |  | |
| RESPONSABLES LEGAUX | | | |
| Situation familiale des parents : | | Mariés – Célibataires – Pacsés – Divorcés – Séparés | |
| 1er parent | |  | |
| Nom et prénom | |  | |
| Date et lieu de naissance | |  | |
| Autorité parentale | |  | |
| Profession | |  | |
| Adresse | |  | |
| Téléphones | domicile | travail | portable |
| Courriel | |  | |
| 2ème parent | |  | |
| Nom et prénom | |  | |
| Date et lieu de naissance | |  | |
| Autorité parentale | |  | |
| Profession | |  | |
| Adresse | |  | |
| Téléphones | domicile | travail | portable |
| Courriel | |  | |
| Autres responsables | |  | |
| Nom et prénom | |  | |
| Lien avec l’enfant | |  | |
| Adresse | |  | |
| Téléphone | |  | |
| Frères et sœurs : | | | |
| Noms et prénoms (+ date naissance) | |  | |
| Ecole d’origine avec certificat radiation | |  | |
| Vaccinations   * Antidiphtérique * Antitétanique * Antipoliomyélitique | |  | |
| Allergies | |  | |

Joindre :

* photocopie des pages « vaccinations » du carnet de santé
* certificat de radiation en cas de scolarisation précédente
* accord d’inscription des deux parents en cas de séparation (si autorité parentale)