

DOSSIER D'INSCRIPTION

Pièces à nous retourner :

- le dossier d'inscription
- la copie du livret de famille (pages des parents et de l'enfant concerné)
- les copies des pages concernant les vaccinations du carnet de santé
- un justificatif de domicile récent

Vous pouvez nous le déposer en Mairie de MONTREUIL-SUR-MER

ou nous le retourner par mail à l'adresse suivante :

contact@ville-montreuil-sur-mer.fr

Les dossiers transmis par mail doivent obligatoirement nous parvenir
sous le format PDF - nous n'acceptons pas les photographies

**DEMANDE D'INSCRIPTION
A L'ECOLE MATERNELLE « LES REMPARTS »
RENTREE 2026**

Nom et Prénom de l'élève

Sexe M - F

Date et Lieu de naissance :

Ecole fréquentée éventuellement en 2025 -2026 :

Cours :

Nom et Prénom du père :

Profession :

Employeur (Adresse précise) :

Domicile du père :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Nom et Prénom de la mère :

Profession :

Employeur (Adresse précise) :

Domicile de la mère :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

N° CAF :

Frères/Sœurs fréquentant une école maternelle ou primaire

NOM

PRENOM

CLASSE

ECOLE

A Montreuil-sur-Mer, le

Signature



FICHE D'INSCRIPTION

2026-2027

ENFANT	
Identité	
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	
Email :	
Tel :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE	
Assureur :	
Num :	

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Catégorie socio-professionnelle :	Catégorie socio-professionnelle :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance :	Date de naissance :
Pays de naissance :	Pays de naissance :
Ville de naissance (si pays de naissance = France) :	Ville de naissance (si pays de naissance = France) :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

PERSONNES A CONTACTER	
Contacts existants	

Nouveaux contacts			
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse
Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON

Données complémentaires	
POINTURE :	35 / 36 / 37 / 38 / 39 / 40

Informations médicales

Médecin	Téléphone	Spécialité

Allergies

Pratiques alimentaires

Contre-indication	Date de début	Date de fin	Observation

ATTESTATION	
Nous soussignés (*)	
responsables légaux de l'enfant (*)	

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

* A remplir obligatoirement

***Fiche à compléter pour le Service Restauration
A déposer en Mairie***

NOM, Prénom du père :

Date et lieu de naissance :

Adresse du père :

Profession du père :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

NOM, Prénom de la mère :

Date et lieu de naissance :

Adresse de la mère :

Profession de la mère :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Numéro CAF (obligatoire) :

NOM, prénom de l'enfant	Date de naissance	Nom de l'enseignant

Si garde alternée, nous le préciser lors du dépôt de dossier

Un formulaire par famille