



accueil.enfance @ville-boisleroi.fr

## FICHE D'INSCRIPTION

RENTREE 201.... / 201.....

Date d'inscription Mairie : .....

Date d'admission Ecole VIARONS:.....

**CLASSE** :

**N° du registre matricule** :.....**ligne n°** :.....

|   |   |
|---|---|
| <p><b><u>ORIGINE</u></b> :</p> <p>Nouvel Habitant<br/>secteur<br/>dégragation<br/>crèche, bébé accueil, assistante maternelle</p> | <p><b><u>DOCUMENTS Mairie</u></b> :</p> <p>livret de famille<br/>justificatif de domicile<br/>avis d'imposition<br/>certificat de radiation</p> |
|---|---|

**NOM** :.....**PRENOM** :.....**Date de naissance** : .....

**Lieu de naissance** :.....**Sexe** : masculin féminin

**Nationalité** : française autre

|   |
|---|
| <p><b><u>Représentant légal</u></b> : .....</p> <p><b><u>Adresse</u></b> : .....</p> <p><b><u>Tél</u></b> : ..... <b><u>portable</u></b> : ..... <b><u>E Mail</u></b> : .....</p> |
|---|

**Situation de famille** : marié divorcé séparé union libre célibataire

**Remarques** : .....

|  |   |
|--|---|
| <p><b><u>Nombre d'enfants</u></b> :</p> <p>.....</p> | <p><b><u>frères et sœurs</u></b> :</p> <p>.....</p> <p><b><u>dates de naissance</u></b> : .....</p> |
|--|---|

| <u>PERE</u>                             | <u>MERE</u>                             |
|---|---|
| <b><u>Nom</u></b> : .....               | <b><u>Nom</u></b> : .....               |
| <b><u>Prénom</u></b> : .....            | <b><u>Prénom</u></b> : .....            |
| <b><u>Profession</u></b> : .....        | <b><u>Profession</u></b> : .....        |
| <b><u>Adresse</u></b> : .....           | <b><u>Adresse</u></b> : .....           |
| <b><u>En activité</u></b> : oui non     | <b><u>En activité</u></b> : oui non     |
| <b><u>Lieu de travail</u></b> : .....   | <b><u>Lieu de travail</u></b> : .....   |
| <b><u>Tél professionnel</u></b> : ..... | <b><u>Tél professionnel</u></b> : ..... |
| <b><u>Portable</u></b> : .....          | <b><u>Portable</u></b> : .....          |
| <b><u>Date de naissance</u></b> : ..... | <b><u>Date de naissance</u></b> : ..... |

**Médecin traitant** : .....**tél** : .....

**VACCINS** :

BCG : .....**rappel** : .....

DT Polio Tetracoq : (1) .....**rappel** : .....

(2) .....**rappel** : .....

(3) ..... **allergies** : .....

**Autres observations** : .....

**Sécurité sociale :** OUI NON n° .....**mutuelle :** OUI NON

**N° ALLOCATAIRE CAF :**.....