



accueil.enfance@ville-boisleroi.fr

FICHE D'INSCRIPTION

RENTREE 2024 / 2025

Date d'inscription Mairie :

Date d'admission Ecole Maternelle :

SECTION :

N° du registre matricule :

<p><u>ORIGINE :</u></p> <p><input type="checkbox"/> Nouvel Habitant <input type="checkbox"/> secteur <input type="checkbox"/> dérogation <input type="checkbox"/> crèche, bébé accueil, assistante maternelle</p>	<p><u>DOCUMENTS Mairie :</u></p> <p><input type="checkbox"/> livret de famille <input type="checkbox"/> justificatif de domicile <input type="checkbox"/> attestation CAF (quotient familial)</p>
--	---

NOM : PRENOM : Date de naissance :
Lieu de naissance : Sexe : masculin féminin
Nationalité : française autre

Représentant légal :
Adresse :
Tél : Portable : Email :

Situation de famille : marié divorcé séparé union libre célibataire

Remarques :

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

<u>PERE</u>	<u>MERE</u>
<u>Nom</u> :	<u>Nom</u> :
<u>Prénom</u> :	<u>Prénom</u> :
<u>Profession</u> :	<u>Profession</u> :
<u>Adresse</u> :	<u>Adresse</u> :
<u>En activité</u> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<u>En activité</u> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<u>Lieu de travail</u> :	<u>Lieu de travail</u> :
<u>Tél professionnel</u> :	<u>Tél professionnel</u> :
<u>Portable</u> :	<u>Portable</u> :
<u>Date de naissance</u> :	<u>Date de naissance</u> :

Médecin traitant : tél :

VACCINS :

BCG :rappel :

DT Polio Tétracoq : (1) rappel :

(2) rappel :

(3) allergies :

Autres observations :

Sécurité sociale : OUI NON

mutuelle : OUI NON