

Affaires Scolaires

☎ 04 90 24 35 20

ENFANT À INSCRIRE en classe de :

Nom et Prénom de l'enfant :

Né(e) le : /..... /..... Lieu de naissance : Sexe :

Adresse :

Code postal : Ville :

RESPONSABLES LEGAUX

Père

Mère

Nom et Prénom		
Adresse		
Téléphone Domicile		
Téléphone portable		
Téléphone travail		

Situation Familiale

Mariés Célibataire Vie maritale Séparé(e) Divorcé(e)

(en cas de divorce fournir copie du jugement pour la garde de l'enfant)

Modalités de garde :

En cas d'urgence

Autres personnes à contacter :



.....



Nom	Prénom	Date de naissance	Scolarisé(e) à Châteaurenard (OUI / NON)	Nom de l'établissement

Prestations Diverses

Restauration scolaire : Tous les jours Irrégulement Exceptionnellement

Garderie : Matin Soir Irrégulement

Ramassage scolaire : Oui Non

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur ce document.

A Châteaurenard, le

Le père

la mère

le responsable légal