ville de frouard

SERVICE SCOLAIRE
scolaire@frouard.fr
03 83 49 59 83

ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE & MATERNELLE

INSCRIPTION SCOLAIRE - 2025/26

Classe : .....

Ecole de secteur : .....

Demande de dérogation : ☐ Oui ☐ Non Si oui, école souhaitée : .....

Si demande de dérogation, se référer au règlement disponible sur le site ***www.frouard.fr*** *ou à l'accueil de l'Hôtel de Ville*

Tout dossier incomplet sera refusé

L'ENFANT

Nom : ..... Prénom(s) : ..... ☐ F ☐ M

Adresse : ..... CP, Ville : .....

Ecole fréquentée précédemment (nom et adresse) : .....

Garde de l'enfant ☐ conjointe ☐ mère ☐ père ☐ alternée Né(e) le : ..... à : .....

Médecin traitant (nom et tél.) : .....

Renseignements à communiquer : .....

Allergie(s) alimentaire(s): ☐ non ☐ oui, préciser : .....

RESPONSABLE 1

Civilité ☐ Madame ☐ Monsieur Autorité parentale ☐

Nom/Prénom : .....

Qualité (mère, père, beau- pére, belle-mère, tuteur, tutrice, autre) :

..... Né(e) le : ...../...../.....

Adresse : .....

CP, Ville : .....

Profession : .....

Nom de l'employeur : .....

Tél.professionnel : .....

Tél.portable : .....

Adresse mail : .....

RESPONSABLE 2

Civilité ☐ Madame ☐ Monsieur Autorité parentale ☐

Nom/Prénom : .....

Qualité (mère, père, beau- pére, belle-mère, tuteur, tutrice, autre) :

..... Né(e) le : ...../...../.....

Adresse : .....

CP, Ville : .....

Profession : .....

Nom de l'employeur : .....

Tél.professionnel : .....

Tél.portable : .....

Adresse mail : .....

FRERE(S) ET SOEUR(S)

Nom/Prénom	Date de naissance	Ecole fréquentée n-1

RESTAURATION SCOLAIRE ET PÉRISCOLAIRE

Dossier d'inscription (et fiche sanitaire) à télécharger sur www.frouard.fr

AUTORISATIONS

☐ J'accorde à la Ville et à l'école le droit d'utiliser l'image de mon enfant dans le cadre de reportages photographiques et vidéos (1)

☐ J'autorise les personnes ci-dessous à reprendre mon (mes) enfant(s) :

Nom - Prénom	Lien avec l'enfant	Tél : .....
Nom - Prénom	Lien avec l'enfant	Tél : .....
Nom - Prénom	Lien avec l'enfant	Tél : .....

(1) Toutes les modalités sur le site internet de la ville : ***www.frouard.fr***

En cas d'urgence, en l'absence d'un responsable joignable, la personne à contacter est :

Nom - Prénom	Lien avec l'enfant	Tél : .....

JUSTIFICATIFS OBLIGATOIRES

- Justificatif de domicile de moins de 3 mois : facture (gaz, élétcricité, eau, charges), quittance de loyer, bail.
- Copie du livret de famille
- Copie recto/verso de la pièce d'identité des responsables légaux
- En cas de séparation, copie du jugement fixant la résidence de l'enfant
- Copie de la partie « Vaccination » du carnet de santé ou certificat médical attestant les vaccinations

☐ Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.
J'autorise à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirugicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant. Je m'engage à informer les services de l'Enseignement de toute modification importante concernant l'état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d'année.

Fait à ..... le .....

SIGNATURES OBLIGATOIRES	
RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Signature(s) précédée(s) de la mention « Lu et approuvé»	