

Commune de OGNES

03.23.52.33.69

Nom et Prénom de l'enfant :

Ecole maternelle :  PS  MS  GS

Ecole primaire :  CP  CE1  CE2  CM1  CM 2

## DEMANDE D'INSCRIPTION SCOLAIRE ANNEE SCOLAIRE 2025/2026

### **PIECES A FOURNIR OBLIGATOIUREMENT :**

- ↳ Copie de toutes les pages du livret de famille
- ↳ Copie du carnet de santé de l'enfant (pages des vaccinations)
- ↳ Pour les parents séparés ou divorcés : fournir obligatoirement une copie du jugement
- ↳ Certificat de radiation si l'enfant était précédemment scolarisé

**DOSSIER A RETOURNER A LA MAIRIE AU PLUS TARD LE 29 AVRIL 2025**

### **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le ..... à ..... Sexe : M  F

**Situation A** : l'enfant fréquentait précédemment :

l'école maternelle ..... à ..... Section : .....  
l'école élémentaire ..... à ..... Classe : .....

**Situation B** : l'enfant n'a jamais été scolarisé

Vu par le Maire le :

Scolarisation :  accordée  
 refusée

Signature du Maire,

↳ **En cas de séparation, il est indispensable de renseigner les adresses des 2 responsables légaux**

	Père (ou tuteur)	Mère (ou tutrice)	AUTRE : Nouveau conjoint
Nom			
Prénom			
Adresse			
Code postal			
Ville			
 Domicile			
 Portable			
@			
Profession			
Entreprise			
 Travail			
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritalement <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Décédé	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritalement <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Décédé	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritalement <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Décédé
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### SCOLARITE DES FRERES ET SŒURS

	1er	2ème	3ème	4ème	5ème
Nom					
Prénom					
Date de naissance					
Ecole fréquentée					
Classe ou section					

### VACCINATIONS

☞ Joindre une copie des vaccinations figurant sur le carnet de santé

Nom et adresse du Médecin traitant : .....

➤ Problème particulier à signaler : .....