

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 2026/2027

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT :

↳ 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 24 AVRIL 2026

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 :