



FORMULAIRE D'INSCRIPTION SCOLAIRE 2026.2027

à remettre à la Mairie de Perthes

avant le 6 juin 2026

I. IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE (ÉTAT CIVIL COMPLET)

- Nom de famille : _____
- Prénoms : _____
- Sexe : Masculin Féminin
- Date de naissance : ____ / ____ / ____
- Lieu de naissance (Ville) : _____
- Département / Pays de naissance : _____
- Nationalité : _____

Adresse de résidence de l'enfant :

- Adresse complète : _____
- Code postal : _____
- Ville : _____

II. SITUATION SCOLAIRE

- Classe demandée : _____
- Établissement précédent : _____
- Ville : _____
- Année scolaire précédente : _____
- Régime : Externe Demi-pensionnaire (le régime demi-pensionnaire ne prend pas en compte l'inscription en restauration scolaire. Celle-ci sera disponible prochainement sur le site de la Mairie)

III. PERE

- Nom : _____
- Prénoms : _____
- Date de naissance : ____ / ____ / ____
- Lieu de naissance : _____
- Nationalité : _____
- Profession : _____
- Employeur : _____
- Téléphone domicile : _____
- Téléphone portable : _____
- Adresse e-mail : _____

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Situation familiale :

- Marié
- Pacsé
- Union libre
- Célibataire
- Divorcé
- Séparé
- Veuf

- Autorité parentale conjointe
- Autorité parentale exclusive
- Tutelle légale

IV. MERE

- Nom : _____
 - Prénoms : _____
 - Date de naissance : ___ / ___ / ____
 - Lieu de naissance : _____
 - Nationalité : _____
 - Profession : _____
 - Employeur : _____
 - Téléphone domicile : _____
 - Téléphone portable : _____

 - Adresse e-mail : _____ **Adresse (si différente de celle de l'enfant) :**
-

Situation familiale :

- Marié
 - Pacsé
 - Union libre
 - Célibataire
 - Divorcé
 - Séparé
 - Veuf

 - Autorité parentale conjointe
 - Autorité parentale exclusive
 - Tutelle légale
-

V. PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (OUTRE LES PARENTS)

- Nom et prénom : _____
- Lien avec l'enfant : _____
- Téléphone : _____
- Adresse : _____

VI. INFORMATIONS MÉDICALES IMPORTANTES

- Allergies connues : _____
 - Traitement médical en cours : _____
 - Pathologie particulière : _____
 - Médecin traitant : _____
 - Téléphone du médecin : _____
-

VII. AUTORISATIONS

- J'autorise mon enfant à participer aux sorties scolaires.
 - J'autorise la prise et l'utilisation de photographies dans un cadre pédagogique.
 - J'autorise l'administration à prendre toute mesure urgente en cas de nécessité médicale.
-

Pièces obligatoires à fournir

- **Copie du livret de famille**
 - **Copie des pages de vaccination du carnet de santé avec le nom de l'enfant**
 - **Un justificatif de domicile de moins de 3 mois (hors facture mobile)**
 - **Justificatif d'identité des responsables légaux**
-

VIII. ENGAGEMENT DES RESPONSABLES LÉGAUX

Je soussigné(e) _____,
certifie exacts les renseignements fournis et m'engage à informer l'établissement de toute modification.

Fait à : _____

Le : ___ / ___ / ___

Signature du père : _____

Signature de la mère : _____