



## FICHE DE PRÉ-INSCRIPTION

Année scolaire ~~2025~~-2026

Classe :

**Responsables de l'enfant** MERCI DE FOURNIR LA **PHOTOCOPIE DES CARTES D'IDENTITE**

<b>Père :</b> Nom et prénom : _____ Adresse : _____ _____ Téléphone fixe : _____ Portable : _____ Téléphone travail : _____ e-mail : _____ Profession : _____	<b>Mère :</b> Nom et prénom : _____ Adresse : _____ _____ Téléphone fixe : _____ Portable : _____ Téléphone travail : _____ e-mail : _____ Profession : _____
---	---

**Situation familiale**

Parents mariés ou en couple       Parent isolé  
 Parents séparés                       Parents divorcés  
 Mode de garde :  unique  partagée      Parent ayant la résidence de l'enfant : \_\_\_\_\_  
 Personne(s) légalement responsable(s) de l'enfant : \_\_\_\_\_  
 (joindre photocopie acte de jugement du divorce/garde de l'enfant)

**Enfant**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_ n° dépt. : \_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Crèche ou école d'origine \_\_\_\_\_ Classe précédente : \_\_\_\_\_

Religion : \_\_\_\_\_ Date éventuelle du Baptême : \_\_\_\_\_

**Suivi de l'enfant**

Mon enfant a redoublé : classe : \_\_\_\_\_ année : \_\_\_\_\_

Mon enfant porte des lunettes :    oui    non

Mon enfant a des problèmes de santé : \_\_\_\_\_

Mon enfant a de l'asthme : oui    non    Mon enfant souffre d'allergie : \_\_\_\_\_

Mon enfant est suivi en dehors de l'école par :

Un orthophoniste       Un psychologue       Un médecin       Un rééducateur  
 Une assistante sociale       Un CMP / CMPP       Autres : .....

Autres enfants dans la famille		
Nom et prénom	Age	Ecole ou profession