



ELEVE

Nom : _____ Prénom(s) : _____ / _____ / _____ Sexe : M F
 Né(e) le :/...../..... Lieu de naissance (commune et département) : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Scolarité demandée : Maternelle CYCLE 2 CYCLE 3 Niveau : _____
 Vaccins à jour : oui non Médecin traitant : _____ Groupe sanguin :
 Etablissement souhaité : Elémentaire G.LAURIETTE Elémentaire de Schoelcher Grand'Anse
 Maternelle Litha LAUMORD DORVILLE Mat de La Plaine

RESPONSABLES LEGAUX*

Mère Nom de jeune fille : _____ Autorité parentale : oui Non
 Nom marital (nom d'usage) : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 • Téléphone [] domicile : Téléphone [] portable :
 Profession : _____ Téléphone travail : []
 Courriel : _____ @ _____

Père Autorité parentale : oui Non
 Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Téléphone domicile : [] Téléphone portable : []
 Profession : _____ Téléphone travail : []
 Courriel : _____ @ _____

Autre responsable légal : Autorité parentale : oui Non
 Nom _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Téléphone domicile : [] Téléphone portable : []
 Courriel : _____ @ _____

INFORMATIONS PERISCOLAIRES

Garderie : oui Non
 Restaurant scolaire : oui Non
 ALSH du Mercredi : oui Non