

**Cadre réservé à l'administration**

- Inscription sur le site*
- Inscription Maternelle Alliance*
- Inscription Maternelle Notre Dame*

*Inscription sur Charlemagne*



**Ecole DE L'ALLIANCE**

*55, boulevard Jean Jean XXIII*

**85300 CHALLANS**

Tél. fax : 02 51 68 03 73

Courriel : [allianceecole@gmail.com](mailto:allianceecole@gmail.com)



**Ecole PRIVEE NOTRE DAME**

*15, rue du Capitaine Debuté*

**85300 CHALLANS**

Tél. fax : 02 51 93 19 93

Courriel : [epnd85300@gmail.com](mailto:epnd85300@gmail.com)

site : [www.ecole-challans.fr](http://www.ecole-challans.fr)

**DOSSIER D'INSCRIPTION**

**2015/2016**

**Nom** ..... **Prénom** .....

**Adresse** .....

**Né(e) le** ..... **entrée le** .....

**Ecole maternelle NOTRE DAME ou ALLIANCE**  
**ANNEE SCOLAIRE 2015/2016 Inscription**

**ELEVE** Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : ..... Né(e) le : ..... à : ..... Département de naissance : .....

Nationalité : ..... Entrée le : .....

**Adresse** : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone domicile : ..... Liste rouge  Oui  non

Si besoin, préciser la résidence de l'élève :  chez le père  chez la mère

.....  résidence alternée  en famille d'accueil

Baptême  OUI préciser l'année.....  NON

Communion  OUI préciser l'année.....  NON

**Scolarité** Classe fréquentée en 2014/2015 : ..... L'enfant a-t-il redoublé :  OUI Niveau : .....  NON

Ecole précédente : ..... Adresse : .....

Tél : ..... L'enfant prend-il le car :  OUI  NON

**Informations concernant la santé de l'élève**

Si votre enfant a été ou est suivi par un spécialiste (orthophoniste, centre médical....) Il est important de le signaler (préciser dates)

..... L'enfant est-il à jour dans ses vaccins  OUI  NON

Handicaps, allergies, maladies, hospitalisation : (Il est important de le signaler)

.....

Y a-t-il un projet d'accueil individualisé\* à mettre en place ou à renouveler :  OUI  NON

\*Le PAI est un dispositif indiquant à l'établissement la marche à suivre en cas de problèmes importants liés à la santé de l'enfant (allergies sérieuses, administration de médicaments... etc.)

**Fratrerie** : enfants dans l'ordre de naissance (y compris l'élève concerné)

X	NOM Prénom	Né(e) le	Etablissement scolaire à la rentrée 2014
1 -			
2 -			
3 -			
4 -			
5 -			

(x) cocher les enfants scolarisés en primaire et maternelle

<b>REONSABLE LEGAL</b>	<b>CONJOINT</b>
<b>Nom</b> : .....	<b>Nom</b> : .....
Nom de jeune fille : .....	Nom de jeune fille : .....
<b>Prénom</b> : .....	<b>Prénom</b> : .....
Lien de parenté <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère	Lien de parenté <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère
<input type="checkbox"/> famille d'accueil <input type="checkbox"/> autre (précision)	<input type="checkbox"/> famille d'accueil <input type="checkbox"/> autre (précision)
Téléphone portable : ..... / ..... / ..... / ..... / .....	Téléphone portable : ..... / ..... / ..... / ..... / .....
E-mail : .....	E-mail : .....
Code profession : ..... voir liste CSP jointe)	Code profession : ..... voir liste CSP jointe)
Profession : .....	Profession : .....
Société : .....	Société : .....
Téléphone société : ..... / ..... / ..... / ..... / .....	Téléphone société : ..... / ..... / ..... / ..... / .....
Situation familiale : ..... Si votre situation a changé, cocher la case concernée :	
<input type="checkbox"/> marié(e)	<input type="checkbox"/> remarié(e)
<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> *séparé(e)
<input type="checkbox"/> vie maritale	<input type="checkbox"/> *divorcé(e)
<input type="checkbox"/> pacsé(e)	<input type="checkbox"/> veuf (ve)
* joindre la photocopie d'une pièce justificative précisant votre responsabilité vis à vis de l'enfant	

## AUTRE RESPONSABLE

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Lien de parenté  père  mère  
 famille d'accueil  
 autre (précision)

Téléphone portable : .....

E-mail : ..... Profession : .....

Code profession : ..... (voir liste CSP jointe)

Société : ..... Téléphone société : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone domicile : ..... Liste rouge  oui  non

Situation familiale  marié(e)  remarié(e)  vie maritale  pacsé(e)

célibataire  \*séparé(e)  \*divorcé(e)  veuf(ve)

\* joindre la photocopie d'une pièce justificative précisant votre responsabilité vis à vis de l'enfant

## CONJOINT

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Lien de parenté  père  mère  
 famille d'accueil  
 autre (précision)

Téléphone portable : .....

E-mail..... Profession : .....

Code profession : ..... (voir liste CSP jointe)

Société : ..... Téléphone société : .....

## AUTORISATIONS PARENTALES

Nous , soussignés, M..... et Mme .....

Responsables légaux de l'enfant : .....

- autorisons La directrice de l'école, ou en son absence, le titulaire de la classe, de notre (mon) enfant à prendre en cas de maladie ou accident toute mesure d'urgence prescrite par un médecin, y compris, en cas d'hospitalisation, anesthésie et intervention chirurgicale. Cette autorisation est valable pour l'année scolaire 2015/2016 au cas où nous ne pourrions être contactés rapidement pendant le temps scolaire.

- autorisons Le Directrice et le titulaire de la classe à utiliser, dans un but pédagogique et/ou informatif, les travaux scolaires, photographies ou enregistrements réalisés dans le cadre des activités pédagogiques de l'année scolaire 2015/2016, ainsi que sur le site de l'école d'affectation. <http://www.ecole-challans.fr>

Fait à ..... le : .....

Signature :

Si l'enfant est malade dans la journée et que nous ne pouvons vous joindre,

Nom et numéro de téléphone de la personne à contacter (autre que les parents) :

Nom prénom	Statut (grands-parents, nourrice, voisins...)	coordonnées téléphoniques

Date : .....

Signature :

## INSCRIPTION

Nous, soussignés M. et Mme..... Parents de : .....

Confirmons l'inscription de notre enfant à l'école maternelle de NOTRE DAME ou de L'ALLIANCE de Challans et certifions exactes les informations indiquées sur ce dossier.

Fait à ..... le : .....

Signature :