



DEMANDE D'INSCRIPTION SCOLAIRE 2026/2027

Classe : ☐ PS ☐ MS ☐ GS ☐ CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2

Nom de l'enfant : Prénom :

Né(e) le : à : Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse :

Enfant de personnel prioritaire (avec justificatif) : ☐ OUI ☐ NON

Situation Familiale

☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Union Libre ☐ Pacs ☐ Divorcé ☐ Séparé ☐ Veuf(ve)

Responsable 1	Responsable 2
☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Autre :	☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Autre :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
N° sécu :	N° sécu :
Adresse :	Adresse :
Né(e) le :	Né(e) le :
à :	à :
Tél. domicile :	Tél. domicile :
Tél. portable :	Tél. portable :
Tél. professionnel :	Tél. professionnel :
E-mail :	E-mail :
Profession ou catégorie socio-professionnelle : (voir codes liste jointe)	Profession ou catégorie socio-professionnelle : (voir codes liste jointe)
N° Police d'assurance:	N° Police d'assurance:
Nom et Adresse :	Nom et Adresse :
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : ☐ OUI ☐ NON	J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : ☐ OUI ☐ NON

Personnes à prévenir en cas d'urgence

(autre que les responsables 1 et 2)

Nom et prénom :

Téléphone :

Nom et prénom :

Téléphone :

Nom et prénom :

Téléphone :

Personnes autorisées à récupérer l'enfant

Nom et prénom :

Téléphone :

Nom et prénom :

Téléphone :

Nom et prénom :

Téléphone :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Allergies :

P.A.I : ☐ OUI ☐ NON

L'enfant suit-il un traitement : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel :

Vaccinations :

- Joindre une copie du carnet de santé - **vaccinations obligatoires**

- **Date du dernier vaccin antitétanique** :

- Groupe sanguin et facteur rhésus (si connu) :

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :

.....

Observations médicales / régimes particuliers :

.....

Souhaitez-vous demander une dérogation pour garder votre enfant à la sieste ? (pour les PS) : ☐ OUI ☐ NON

RESTAURATION SCOLAIRE

Jours de présence : ☐ lundi ☐ mardi ☐ jeudi ☐ vendredi à compter du :

Facturation : ☐ Responsable 1 ☐ Responsable 2 **Numéro d'allocataire CAF :**

SERVICES PÉRISCOLAIRES

Compétence de la commune

TRANSPORT SCOLAIRE : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, préciser l'arrêt :

	matin	soir
Dammartin - école	☐	☐
Dammartin - rue Jacob	☐	☐
Tigeaux - cimetière	☐	☐
Tigeaux - école	☐	☐

Compétence de la Communauté d'Agglomération

Dossier d'inscription à retirer auprès de l'accueil de loisirs

ACCUEIL DE LOISIRS (matin) : ☐ OUI ☐ NON

ACCUEIL DE LOISIRS (soir) : ☐ OUI ☐ NON

Pièces à joindre au dossier :

- Une pièce d'identité du responsable légal (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjours, etc.).
- Le livret de famille ou copie intégrale de l'acte de naissance de l'enfant (de moins de 3 mois).
- Un des justificatifs de domicile suivants : facture d'électricité ou de gaz de moins de trois mois ou échéancier en cours dernier OU avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu.

AUTORISATION

Je (nous) soussigné(s).....

- Déclare (déclarons) exacts les renseignements portés sur le présent dossier,
- M'engage (nous engageons) à respecter et faire respecter à mon (notre) enfant les règlements de l'école et du restaurant scolaire (documents disponibles sur le site de la commune),
- Autorise (autorisons) la commune de Dammartin-sur-Tigeaux, représentée par son Maire, Angélique MERCIER, à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence.
- Accepte (acceptons) que mon (notre) enfant soit photographié(e) ou filmé(e) pendant les activités scolaires et périscolaires : ☐ OUI ☐ NON

Date :

Signature du Responsable 1

Date :

Signature du Responsable 2