



Tél : 04.92.55.92.80  
Fax : 04.92.55.95.29  
Mail : mairie@st-jean-st-nicolas.fr

**PREINSCRIPTION SCOLAIRE**  
**ANNÉE : 2013-2014**

DATE DE RENTRÉE : \_\_\_\_\_ CLASSE : \_\_\_\_\_

**ÉLÈVE :**

NOM : \_\_\_\_\_  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
SEXE :  M  F  
NÉ(E) LE : \_\_\_\_\_ A : \_\_\_\_\_ DEP : \_\_\_\_\_  
ADRESSE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ COMMUNE : \_\_\_\_\_

**RESPONSABLES LEGAUX**

**PÈRE :**  
NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
NÉ(E) LE : \_\_\_\_\_ A : \_\_\_\_\_ DEP : \_\_\_\_\_  
AUTORITÉ PARENTALE  OUI  NON SITUATION MARITALE : \_\_\_\_\_  
ADRESSE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ COMMUNE : \_\_\_\_\_

TEL. DOMICILE : \_\_\_\_\_ TEL. PORTABLE : \_\_\_\_\_  
COURRIEL : \_\_\_\_\_

**MÈRE :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

NÉ(E) LE : \_\_\_\_\_ A : \_\_\_\_\_ DEP : \_\_\_\_\_

AUTORITÉ PARENTALE  OUI  NON SITUATION MARITALE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ COMMUNE : \_\_\_\_\_

TEL. DOMICILE : \_\_\_\_\_ TEL. PORTABLE : \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS PERISCOLAIRES**

RAMASSAGE SCOLAIRE :  OUI  NON

GARDERIE :  OUI  NON

RESTAURATION SCOLAIRE :  OUI  NON

Fréquentera principalement le restaurant scolaire les

:  LUNDI  MARDI  JEUDI  VENDREDI

:  Demande au Directeur et au Médecin scolaire la passation d'un P.A.I car l'enfant a un problème de santé à prendre en charge en temps scolaire.

DATE :

SIGNATURE DU PÈRE

SIGNATURE DE LA MÈRE