



SAINT-MARTIN-DE-NIGELLES

INSCRIPTION SCOLAIRE-ANNEE 2025/2026

Nom et Prénom de l'enfant :

Sexe : Masculin Féminin

Date et lieu de naissance :

Adresse actuelle des parents :

.....

Adresse Mail :

N° Téléphone du domicile :

N° Portable de la mère : du père :

N° Travail de la mère : du père :

Future adresse (si construction en cours) :

Date de scolarisation : rentrée septembre 2025
: en cours d'année préciser la date :

S'agit-il d'une 1^{ère} inscription : oui non
(Oui uniquement pour les enfants entrant en maternelle)

Si non indiquer les coordonnées de l'école précédemment fréquentée :
.....

Classe fréquentée à la rentrée 2025 :

L'enfant est-il à jour de ses vaccinations : oui non

Documents à fournir :

- **livret de famille : page des parents et enfants**
- **carnet de santé : pages de vaccination**
- **justificatif de domicile : moins de 3 mois**

En Mairie, le
Signature du Maire

MAIRIE DE SAINT-MARTIN-DE-NIGELLES

RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES ANNÉE 2025 – 2026

	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant	4 ^{ème} enfant
Nom				
Prénom				
Date de naissance				
Classe prévue en <u>2025/2026</u>				
Compagnie d'assurance scolaire : nom + n° contrat (2)				
Fréquentera la cantine (1)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> tous les jours <input type="checkbox"/> 3 fois/semaine <input type="checkbox"/> 2 fois/semaine <input type="checkbox"/> 1 fois/semaine <input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> tous les jours <input type="checkbox"/> 3 fois/semaine <input type="checkbox"/> 2 fois/semaine <input type="checkbox"/> 1 fois/semaine <input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> tous les jours <input type="checkbox"/> 3 fois/semaine <input type="checkbox"/> 2 fois/semaine <input type="checkbox"/> 1 fois/semaine <input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> tous les jours <input type="checkbox"/> 3 fois/semaine <input type="checkbox"/> 2 fois/semaine <input type="checkbox"/> 1 fois/semaine <input type="checkbox"/> occasionnellement
Jours				
Fréquentera le transport (1) scolaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Point de montée : Point de descente :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Point de montée : Point de descente :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Point de montée : Point de descente :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Point de montée : Point de descente :

EN CAS DE NECESSITE

Médecin traitant :

Tél. :

Hôpital souhaité :

Tél. :

Renseignements complémentaires (PAI, Allergie, Etc.)

PERE

Nom, prénom :

Tél. Domicile :

Tél. Portable (3) :

Adresse :

.....

Mail :

Employeur :

Profession :

Adresse travail :

.....

Tél. Travail :

MERE

Nom de naissance, prénom :

Tél. Domicile :

Tél. Portable (3) :

Adresse :

.....

Mail :

Employeur :

Profession :

Adresse travail :

.....

Tél. Travail :

(1) Cocher la case correspondante

(2) Fournir une attestation d'assurance garantissant la responsabilité civile, les dommages individuels et corporels pouvant survenir aux enfants.

(3) Indispensable pour pouvoir vous prévenir par sms en cas de suppression de transport scolaire en cas d'intempéries par exemple.

MAIRIE DE SAINT-MARTIN-DE-NIGELLES

DÉLÉGATION DE POUVOIR

Autre(s) personne(s) à prévenir en cas d'urgence :

Nom Prénom	Lien	Tél domicile	Tél portable

Personnes habilitées à prendre le(s) enfant(s) à la sortie de l'école ou à la descente du bus scolaire (autres que les parents) :

Nom Prénom	Lien	Tél domicile	Tél portable

Je soussigné(e)autorise, en cas d'accident de mon(es) enfant(s)

.....

pendant les périodes extra-scolaires, la Mairie de Saint-Martin-de-Nigelles représentée par un de ses agents ou par un élu, à prendre toute décision de transport pour hospitalisation si nécessaire.

Le

Signature