

ECOLE MATERNELLE PUBLIQUE MARIE PERROT TREGUIER

NOM : Prénom :

Adresse de l'élève :

A remplir par la famille

I) - a) - La commune de résidence dispose d'une capacité d'accueiloui non

b) - Votre enfant est-il inscrit en CLIS : oui non

II) – Rubrique à renseigner si réponse positive à la question I) - a)

• La scolarisation est justifiée par des contraintes professionnelles des parents..... oui non

• La scolarisation est justifiée par l'absence de cantine / garderie dans la commune de résidence : .oui non

• La scolarisation est justifiée pour raisons médicales (joindre 1 attestation du médecin scolaire) : oui non

• La scolarisation est justifiée par la présence d'1 frère ou d'1 sœur dans une école publique de la commune de Tréguier (inscription elle-même justifiée par une des raisons ci-avant indiquées)..... oui non

Nom/prénom du frère ou de la sœur :

Etablissement scolaire fréquenté :

A remplir par la direction de l'école:

Avis de la direction de l'école.....oui non

Signature et cachet

A remplir par les collectivités :

- Le Maire de la commune de résidence donne son accord pour une scolarisation à Tréguier : oui non

- Le Maire de la commune de résidence donne son accord pour une participation aux charges de fonctionnement de la dite école :oui non

Signature et cachet

Avis du Maire de la commune de Minihy-Tréguier.....Favorable Défavorable
(Pour les enfants domiciliés hors Tréguier et Minihy-Tréguier)

Signature et cachet

La scolarisation de l'enfant est acceptée par le Maire de la ville de Tréguier..... oui non

Signature et cachet

Votre enfant sera inscrit à l'école maternelle Marie Perrot de Tréguier après retour de ce document signé par Monsieur le Maire de Tréguier, un arbitrage éventuel pourra être demandé au Préfet, dans les délais de deux mois suivant la décision contestée

FICHE D'INSCRIPTION

DATE D'ENTREE PREVUE A L'ECOLE :

DATE D'INSCRIPTION :

NOM / PRENOM de l'enfant :

fille garçon

Date de naissance :Lieu de naissance :Département :

Ecole d'origine :

NOM / PRENOM du Père : Date de naissance.....

Profession :

Adresse complète :

☎ domicile :/...../...../...../.....

☎ portable :/...../...../...../.....

☎ travail :/...../...../...../.....

E-mail :

NOM / PRENOM de la mère : Date de naissance.....

Profession :

Adresse complète :

☎ domicile :/...../...../...../.....

☎ portable :/...../...../...../.....

☎ travail :/...../...../...../.....

E-mail :

Situation de famille particulière :

Destinataire des résultats scolaires :

En cas d'urgence

LANNION : Centre Hospitalier Clinique

PAIMPOL : Centre Hospitalier Clinique

AUTRE (précisez) :

CANTINE :oui non

GARDERIE :oui non

ASSURANCE INDIVIDUELLE-ACCIDENT : M.A.E. AUTRE (précisez) :

Informations complémentaires éventuelles :

.....

.....