

Dossier d'inscription

Ecole élémentaire Léonard de Vinci
15 rue de la mairie
78660 Ablis
01 30 59 11 85

PHOTO

ANNEE SCOLAIRE 20__ – 20__ .

Tous les enfants provenant de l'Ecole Maternelle d'Ablis et les nouveaux arrivants sont concernés par l'inscription

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance: _____

Classe de : _____

Documents à fournir :

Fiche de renseignements (au dos du document)

Pour les nouveaux arrivants uniquement, veuillez présenter (photocopie inutile):

le livret de famille (parents et enfant)

le carnet de santé (vaccination DT Polio à jour)

un justificatif de domicile

Un certificat de radiation de l'école précédente

Prendre ensuite **rendez-vous au 01 30 59 11 85** avec le Directeur, M. FABRIS.

Horaires de l'école

Lundi, mardi, jeudi et vendredi : 9h00 – 12h00 et 13h30 - 16h30

Le portail sera ouvert à 8h50, 12h00, 13h20 et 16h30.

Restauration scolaire – Transport scolaire
Centre de loisirs

Contactez la mairie d'Ablis au 01.30.46.06.06

FICHE D'INSCRIPTION

Année scolaire : _____ Niveau : _____

ÉLÈVE

Nom de famille : _____ Nom d'usage : _____ Sexe : F M

Prénom(s) : _____ / _____ / _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance (commune et département) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

RESPONSABLES

Mère

Nom de famille : _____ Nom d'usage : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____ Tél. travail : _____

Courriel : _____

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves oui non

Père

Nom de famille : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____ Tél. travail : _____

Courriel : _____

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves oui non

Autre responsable (personne qui a la charge effective de l'enfant)

Lien avec l'enfant : _____ Nom de famille : _____

Frère/Sœur/Grand-père/Grand-mère/Oncle/Tante/Autres (à préciser) ou personne morale

Nom d'usage : _____ Prénom : _____

Organisme : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____ Tél. travail : _____

Courriel : _____

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves oui non

Nous ne souhaitons pas que notre enfant soit photographié(e) ou filmé(e) pendant les activités scolaires

SERVICES PÉRISCOLAIRES

Restaurant scolaire : Oui Non Garderie matin : Oui Non

Études surveillées : Oui Non Garderie soir : Oui Non

Transport scolaire : Oui Non

VACCINS

BCG/...../.....

DTpolio/...../.....

Signatures des parents :