

DEMANDE D'INSCRIPTION

Nom(s) des parents	
Nom de l'enfant	
Prénom de l'enfant	
Date de naissance	
Adresse	
Vient de (Pour enfant déjà scolarisé)	
Est en classe de (pour enfant déjà scolarisé)	
Passe en classe de (pour enfant déjà scolarisé)	
Coordonnées du responsable de l'enfant	Adresse Téléphone E-Mail :
Coordonnées de l'autre responsable de l'enfant (le cas échéant)	Adresse Téléphone E-Mail :

AVIS DE LA PRESIDENTE DU RPI

FAVORABLE

NON FAVORABLE

Pièces à joindre à la demande :

- Photocopie du livret de famille (parents en enfant)
- Photocopie carnet de santé (vaccinations)
- Justificatif de domicile
- Certificat de radiation (dans le cas d'un changement d'école)
- Attestation d'assurance responsabilité civile + Individuelle accident

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

RPI Roquefort-Lavardens

Année Scolaire :

RESPONSABLES LEGAUX

MERE

Nom de Famille :

Nom d'usage :

Prénom :

Autorité Parentale OUI NON

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Tel Domicile :

Tel Portable :

Tel professionnel :

Courriel :

PERE

Nom de Famille :

Nom d'usage :

Prénom :

Autorité Parentale OUI NON

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Tel Domicile :

Tel Portable :

Tel professionnel :

Courriel :

Enfant 1

Classe :

Nom de famille :

Nom d'usage :

Prénom :

Sexe : Masculin Féminin

Né(e) le :

Lieu de naissance :

Commune de naissance :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Restaurant Scolaire

Lundi OUI NON

Mardi OUI NON

Jeudi OUI NON

Vendredi OUI NON

Facturation

Aux parents

Au père

A la mère

Enfant 2

Classe :	<u>Restaurant Scolaire</u> Lundi <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Mardi <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Jeudi <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Vendredi <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <u>Facturation</u> <input type="checkbox"/> Aux parents <input type="checkbox"/> Au père <input type="checkbox"/> A la mère
Nom de famille :	
Nom d'usage :	
Prénom :	
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Né(e) le :	
Lieu de naissance :	
Commune de naissance :	
Adresse :	
Code Postal : Commune :	

Enfant 3

Classe :	<u>Restaurant Scolaire</u> Lundi <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Mardi <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Jeudi <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Vendredi <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <u>Facturation</u> <input type="checkbox"/> Aux parents <input type="checkbox"/> Au père <input type="checkbox"/> A la mère
Nom de famille :	
Nom d'usage :	
Prénom :	
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Né(e) le :	
Lieu de naissance :	
Commune de naissance :	
Adresse :	
Code Postal : Commune :	

Enfant 4

Classe :	<u>Restaurant Scolaire</u> Lundi <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Mardi <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Jeudi <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Vendredi <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <u>Facturation</u> <input type="checkbox"/> Aux parents <input type="checkbox"/> Au père <input type="checkbox"/> A la mère
Nom de famille :	
Nom d'usage :	
Prénom :	
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Né(e) le :	
Lieu de naissance :	
Commune de naissance :	
Adresse :	
Code Postal : Commune :	