



INSCRIPTIONS

20...
20...

DEMANDE DE PREINSCRIPTION TRES PETITE SECTION (T.P.S)

NOM DE L'ELEVE :

PRENOM :

LISTE DES PIECES A FOURNIR

Cadre réservé à l'administration (ne pas cocher)

- Fiche de préinscription ci-jointe à remplir *
- Copie du justificatif de domicile au choix (EDF, Eau, Téléphone) de moins de 3 mois
- Copie de l'avis d'imposition sur les revenus de l'année N-1 des deux parents
- Attestation de paiement CAF ou de non-paiement pour les non allocataires de moins de 3 mois
- Copie du livret de famille (partie concernant les parents et l'enfant) ou extrait de naissance des parents et enfants nés hors du territoire français
- Copie d'une pièce d'identité des deux parents (CNI ou passeport)
- 1 enveloppe timbrée avec nom, prénom et adresse des parents

* La fiche de préinscription ne vaut pas inscription et est soumise à étude

Jours et Horaires de réception (dépôt de dossiers):

Sur place en Mairie : Lundi – Mardi : 8h00-11h00 / 14h30-16h00

Mercredi – Jeudi : 8h00-11h00

Ou par mail @ : suzelle.agricole@villedegoyave.fr

PAS DE RECEPTION LE VENDREDI

Le dossier doit comporter impérativement toutes les pièces demandées.

Tout dossier incomplet ou illisible sera refusé.

**L'INSCRIPTION NE SERA VALIDEE QU'APRES ETUDE DU DOSSIER. VOUS SEREZ INFORME DE
LA SUITE DONNEE A VOTRE DEMANDE**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(Merci de remplir une fiche par enfant)

ÉLÈVE

ÉCOLE: **Danielle OULAC-DANICAN**

Age: _____ ans

Nom (s): _____ Prénom (s): _____

Date de naissance: _____ Lieu de naissance: _____

Mode de garde actuel : Crèche

Assistante Maternelle

Famille

RESPONSABLES LÉGAUX

MÈRE

Nom (s) : _____ Prénom (s) : _____

Profession : _____ Téléphone domicile : 0590 !_ !_ !! !_ !! !_ !_ !

Adresse : _____ Téléphone portable : 0690 !_ !_ !! !_ !! !_ !_ !

Code postal : _____ Commune : _____ Courriel _____ @ _____

PÈRE

Nom (s) : _____ Prénom (s) : _____

Profession : _____ Téléphone domicile : 0590 !_ !_ !! !_ !! !_ !_ !

Adresse : _____ Téléphone portable: 0690 !_ !_ !! !_ !! !_ !_ !

Code postal : _____ Commune : _____ Courriel _____ @ _____

AUTRE RESPONSABLE LÉGAL (personne physique ou morale)

Nom (s) : _____ Prénom (s) : _____

Fonction : _____ Téléphone domicile : 0590 !_ !_ !! !_ !! !_ !_ !

Adresse : _____ Téléphone portable : 0690 !_ !_ !! !_ !! !_ !_ !

Code postal : _____ Commune : _____ Courriel _____ @ _____

FAMILLE D'ACCUEIL, CENTRE D'ACCUEIL AUTRE(S) RESPONSABLE(S) LÉGAL(S) (personne physique ou morale)

Nom / Prénom : _____ Organisme : _____

Fonction : _____ Autorité parentale : Oui Non

Adresse _____ Lien avec l'enfant : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tel ☎ 0590 !_ !_ !! !_ !! !_ !_ ! ☎ 0690 !_ !_ !! !_ !! !_ !_ ! Courriel _____ @ _____

◆ RENSEIGNEMENTS COMPLETEMENTAIRES

Cocher la case correspondant à votre choix (Si oui, veuillez effectuer la procédure d'inscription nécessaire) :

RESTAURATION Oui Non

GARDERIE matin soir

MALADIE CHRONIQUE

NE PAS REMPLIR CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

RÉCÉPISSÉ DÉPÔT

Nom : Prénom : Classe : Inti : N° Doss. : Date :/...../20....