



## Formulaire d'inscription scolaire / Année Scolaire 2024-2025

**Demande d'inscription pour :**       **MATERNELLE** \_\_\_\_\_       **ELEMENTAIRE** \_\_\_\_\_

**Attention, ce dossier doit faire l'objet d'une validation par le Service Scolaire de Bougival. Sans ce préalable, le(s) enfant(s) ne pourront être reçu(s) par le Directeur de l'école concernée.**

### Enfant à inscrire :

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Date de Naissance: \_\_\_\_\_ Lieu de naissance: \_\_\_\_\_

**L'enfant habite chez :**  ses parents  sa mère  son père  son tuteur  sa tutrice  autre (préciser) :

### Nom, prénom et adresse du (des) responsable(s) légal(aux) :

**Situation familiale :**  Marié(e)  Vie maritale ou PACS  divorcé(e)  séparé(e)  célibataire

Qualité : <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> tutrice <input type="checkbox"/> autre, préciser :	Qualité : <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> tutrice <input type="checkbox"/> autre, préciser :
Nom : _____	Nom : _____
Epouse : _____	Epouse : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Code Postal : _____	Code Postal : _____
Ville : _____	Ville : _____
Tél Domicile : _____	Tél Domicile : _____
Portable : _____	Portable : _____
Tél Pro : _____	Tél Pro : _____
Courriel : _____	Courriel : _____

**Attention :** tout changement de coordonnées ou de situation au cours de l'année scolaire doit être signalé par écrit au Service Scolaire de la Mairie de Bougival, [service.scolaire@ville-bougival.fr](mailto:service.scolaire@ville-bougival.fr)

## Frères et sœurs scolarisés :

Nom et Prénom	Date de naissance	Etablissement fréquenté

## Renseignements Divers :

Vaccins / Date 1<sup>ère</sup> Vaccination DTCP : \_\_\_\_\_ Rappel : \_\_\_\_\_

Allergies (si mise en place d'un PAI) : \_\_\_\_\_

Recommandations particulières : \_\_\_\_\_

Personnes à prévenir en cas d'urgence  mère  père  tuteur  tutrice  autre

Si autre, préciser nom et qualité : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

**J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à signaler à la Ville de Bougival tout changement dans la situation de l'enfant en cours d'année**

Fait à Bougival, le \_\_\_\_\_

Inscrire la mention « Lu et approuvé »  
Signature(s) du ou des parents :

## Pièces à présenter par le(s) parent(s) / responsable(s) légal (aux) :

- Livret de Famille (et jugement de divorce s'il y a lieu)  Carnet de santé – Page DTCP  
 Justificatif de domicile  Certificat de radiation (destiné à l'école)

## Cadre réservé à l'administration

Date de traitement : \_\_\_\_\_ Agent en charge du dossier : \_\_\_\_\_

Ecole et classe : \_\_\_\_\_ Directeur (trice) : \_\_\_\_\_

**Prise de rendez-vous  
uniquement le**

Téléphone: \_\_\_\_\_

Validation mairie (cachet): \_\_\_\_\_