



PIECES A FOURNIR POUR L'INSCRIPTION SCOLAIRE 2026-2027 :

*Dossier à transmettre **avant le 24 avril 2026** par mail à :*

service.scolaire@mairieaunes.fr

- Fiche de renseignements dûment remplie.
- Carte d'identité des responsables légaux.
- Carte d'identité de l'enfant, ou à défaut, une copie de la page enfant du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance.
- Livret de famille (page concernant les responsables légaux).
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture d'eau, de gaz, d'électricité, quittance de loyer, assurance habitation, etc.).
- Carnet de santé (page des vaccinations).
- Attestation d'assurance scolaire pour l'année 2026-2027, mentionnant impérativement la garantie « individuelle accident corporel ». *Attention : certaines compagnies d'assurance ne délivrent ce document qu'à partir de septembre.*
- Certificat de radiation, si l'enfant était déjà inscrit dans un autre établissement scolaire.
- Parents séparés ou divorcés : fournir le dernier jugement de divorce ou l'ordonnance provisoire du juge des affaires familiales précisant les conditions d'exercice de l'autorité parentale, ainsi que la page relative au mode de garde.



*Pensez à remplir le dossier d'inscription pour la restauration scolaire et l'ALAE.
Contact : czam@agglo-muretain.fr*

(Le cas échéant, apporter l'extrait du jugement concernant la garde des enfants)

Responsables légaux : il est important de renseigner le document concernant les deux responsables légaux pour :

- La transmission des résultats scolaires (circulaire n° 94-149 du 13/04/1994)
 - Les élections des représentants des parents d'élèves : chaque parent est désormais électeur et éligible (note de service n° 2004-104 du 25/06/2004)

PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE (autres que les parents)

NOM	PRENOM	N° téléphone fixe	N° de tél portable

représentants légaux)

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : Oui Non Individuelle Accident : Oui Non

Compagnie d'assurance : _____ Nº de police d'assurance _____

10 of 10

Médecin traitant : _____ N° téléphone : _____

Medecin traitant : _____
Commune : _____

Problème particulier de santé :

L'enfant est-il sujet à une affection chronique nécessitant la prise de médicaments : Oui Non
Si oui, lesquels :

Pour les enfants déjà scolarisés l'an passé, un protocole médical avait-il été établi ? Qui

Tous les enfants déjà scolarisés l'an passé, un protocole médical avait-il été établi ? Oui Non
L'enfant est-il (ou a-t-il été) suivi (orthophoniste, psychologue, pédiopsychiatre...) ? Oui Non

En cas d'accident, les parents autorisent l'enseignant(e) à prendre toutes les mesures qu'il (elle) jugera

En cas d'accident, les parents autorisent l'enseignant(e) à prendre toutes les mesures qu'il (elle) jugera nécessaires :

Oui Non

FRATRIE

NOM	Prénoms (frères et sœurs)	Groupe scolaire	Classe

AUTORISATION (à remplir par les deux parents en cas d'adresse différente)

Responsable légal 1 : Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves

Responsable légal 2 : Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves

Je m'engage à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date : _____

Signatures :

Responsable légal 1 :

Responsable légal 2 :