MAIRIE DE SAINT-GAUDENS
Pôle Éducation
1 rue de Goumetx
31800 Saint-Gaudens
Tél : 05 61 94 78 81

T	C
O	E

Réservé à l'administration

DEMANDE D'INSCRIPTION SCOLAIRE 2024/2025

Date de dépôt	**DOSSIER N°**

NOM de l'enfant :	**PRÉNOMS :**
Date de naissance :	**Lieu de naissance :**
Sexe : Féminin ❒ Masculin ❒	
École précédente (s'il y a lieu) : **CP et Ville :**	**Classe :**
Date de rentrée souhaitée :	**Classe :**
Fratrie *(frère / sœur déjà scolarisés dans une école de la commune)* : OUI ❒ NON❒	

Nom Prénom ***(frère/ sœur)***	**École fréquentée**	**Classe**

REPRESENTANT LEGAL 1	**REPRESENTANT LEGAL 2**
Nom : **Nom de naissance :** **Prénom :**	**Nom :** **Nom de naissance :** **Prénom :**
Activité professionnelle : OUI ❒ NON❒	**Activité professionnelle :** OUI ❒ NON❒
Adresse : **CP :** **Ville :**	**Adresse :** **CP :** **Ville :**
Tél.portable : **Tél. travail :** **E-mail :**	**Tél.portable :** **Tél.travail :** **E-mail :**

Situation Familiale :	❒ Mariés	❒ Divorcés	❒ Séparés	❒ Autre

Signature	**Signature**

Observations éventuelles :

PIÈCES À JOINDRE AU PRÉSENT DOSSIER

❒ Certificat de radiation : OBLIGATOIRE ET IMPÉRATIF sauf pour 1ère inscription en PS ou TPS

❒ Photocopie du livret de famille (justificatifs d'état civil des parents et des enfants)

❒ Photocopie d'une pièce d'identité de l'enfant et des parents

❒ Photocopie du justificatif de domicile de moins de 3 mois (EDF, GDF, téléphone fixe, internet, eau, loyer, bail)
⚠ *Les factures pour les téléphones mobiles et les assurances ne seront pas prises en compte*

❒ Photocopie du jugement de divorce fixant la garde et la résidence de l'enfant

❒ Courrier de demande de dérogation pour une inscription dans une école de Saint-Gaudens

❒ Formulaire SCOLAREST - restauration collective

Cadre réservé à l'administration

Suite à la réunion de la commission d'affectation scolaire, l'enfant a été affecté :		
École	**Classe**	**À compter du :**

Josette CAZES
Maire Adjointe déléguée à l'enseignement
et aux affaires scolaires

MAIRIE DE SAINT-GAUDENS
SERVICE EDUCATION
05 61 94 78 81

RESTAURATION COLLECTIVE

Nom de l'enfant :.....Prénom :.....

Date de naissance :..... Sexe : F ☐ M ☐

Ecole : .....

Situation familliale : ☐ Marié ☐ Divorcé ☐ Séparé ☐ Autres

Représentant légal 1 :	Représentant légal 2 : .....
Prénom :.....	Prénom : .....
Adresse :.....	Adresse : .....
.....	.....
CP :.....Ville :	CP : ..... Ville : .....
Fixe :.....Travail :.....	Fixe : ..... Travail : .....
Portable :.....	Portable : .....
E mail :.....	Email :.....
	N° allocataire CAF :.....

Le .....
Signature du demandeur

COUPON A REMETTRE AU RESPONSABLE ALAE DE L'ECOLE

L'enfant..... est inscrit à la restauration scolaire de

l'école maternelle / élémentaire* ..... N° Allocataire CAF :.....

Saint-Gaudens, le

* rayer la mention inutile