



**VILLE DE ROCQUENCOURT**

**2 place de l'Hôtel de Ville**

**78150 ROCQUENCOURT**

**☎ 01.39.23.11.11**

**[contact.enfance@mairie-rocquencourt.fr](mailto:contact.enfance@mairie-rocquencourt.fr)**

**INSCRIPTION SCOLAIRE**

Merci de bien vouloir déposer votre dossier accompagné des pièces suivantes :

- Fiche d'inscription dûment complétée
- Copie du livret de famille
- Copie justificatif de domicile
- Copie des pages des vaccinations
- Copie avis d'imposition ou non-imposition
- Copie avis des prestations CAF



# FICHE D'INSCRIPTION

Ecole maternelle

Ecole élémentaire

Nom de l'élève \_\_\_\_\_

Prénoms \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

N° de CAF \_\_\_\_\_

Lieu de naissance \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_

Nom et prénoms du père \_\_\_\_\_

Profession du père \_\_\_\_\_

 Travail père \_\_\_\_\_

portable \_\_\_\_\_

Nom et prénoms de la mère \_\_\_\_\_

Profession de la mère \_\_\_\_\_

 Travail mère \_\_\_\_\_

portable \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

 Domicile \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

@ \_\_\_\_\_

## Vaccinations

Photocopie jointe du carnet de santé

## ✓ Dernière école fréquentée

Nom et ville \_\_\_\_\_

Niveau \_\_\_\_\_

langue choisie à partir du CP Anglais

Allemand

Observations diverses \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Rocquencourt, le \_\_\_\_\_

Signature des parents