



Direction de l'Education  
Service des Affaires scolaires  
Téléphone : **05 49 78 73 03**  
Email : [education.inscriptions@mairie-niort.fr](mailto:education.inscriptions@mairie-niort.fr)

Site Internet : [www.vivre-a-niort.com](http://www.vivre-a-niort.com)

**FICHE D'INSCRIPTION**  
**ANNEE SCOLAIRE 2025/2026**  
Inscriptions du 14 Avril au 27 Juin 2025

ECOLE : .....  
N° DOSSIER : ..... N° CAF : .....

1 <sup>er</sup> RESPONSABLE Responsable du dossier et destinataire des factures	2 <sup>e</sup> RESPONSABLE
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre : .....
Nom d'usage (marital) : .....	Nom d'usage (marital) : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Nom de naissance : .....	Nom de naissance : .....
Date de naissance : .....	Date de naissance : .....
Situation familiale :	Situation familiale :
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)
Adresse complète : .....	Adresse complète : .....
.....	.....
.....	.....
Téléphone fixe : .....	Téléphone fixe : .....
Téléphone portable : .....	Téléphone portable : .....
Email : .....	Email : .....
J'autorise l'envoi d'informations concernant les centres de loisirs par : <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> SMS	J'autorise l'envoi d'informations concernant les centres de loisirs par : <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> SMS
Nombre d'enfants à charge : .....	Nombre d'enfants à charge : .....
Allocataire : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA n° .....	Allocataire : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA n° .....
Profession : .....	Profession : .....
Employeur : .....	Employeur : .....
Téléphone professionnel : .....	Téléphone professionnel : .....

**PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT APRES LA CLASSE OU LA GARDERIE**  
Ces personnes devront obligatoirement présenter une pièce d'identité avec photo pour prendre l'enfant en charge

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphones fixe et portable
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**AFIN DE CONSTITUER VOTRE DOSSIER, MERCI DE JOINDRE LES DOCUMENTS SUIVANTS :**

- Fiche sanitaire \* (une par enfant)
- COPIE de toutes les pages des **vaccinations obligatoires à jour**.
- COPIE du **livret de famille complet** ou **extrait d'acte de naissance** de l'enfant
- COPIE du **justificatif de domicile** de moins de 3 mois (bail de location, facture d'eau ou d'électricité, ...)
- COPIE de l'**avis d'imposition 2024 complet** sur les revenus de 2023 du couple, ou **quotient familial CAF / MSA**
- Parents séparés : **COPIE** du **dernier jugement de garde** ou **accord écrit de l'autre parent** pour scolariser l'enfant
- Enfant déjà scolarisé : **certificat de radiation** de l'école précédente

**LES DOSSIERS INCOMPLETS  
NE SERONT PAS INSTRUITS**

