 

Photographie

récente

**Année scolaire : 2024/2025**

Chef d’établissement : Mme JULHÈS

**Inscription en classe de** ……………

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM :**  | …………………………………………… |
| **Prénom :** | ……………………………………………**Sexe** : M ⬜ F ⬜ |

**Né(e) le** …………/…………/………… **Département :** ……………….

 **Commune :** …...………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **Nationalité**: | …………………………………………… |

**Régime** : externe ⬜ Demi-pensionnaire ⬜

**Etablissement fréquenté l’année précédente :**

Nom : …………………………………………………………………….............................................................................

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Père** | **Mère** |
| NOM – Prénom |  |  |
| Adresse  |  |  |
| Téléphone domicile |  |  |
| Téléphone portable |  |  |
| Adresse électronique |  |  |
| ProfessionSociété |  |  |
|  |  |
| Téléphone pro. |  |  |
| N° de Sécurité Sociale |  |  |
| Adresse de la caisse de Sécurité Sociale |  |  |
| Nom et adresse de la caisse complémentaire |  |  |

**Frères et sœurs:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Prénom | Date de naissance | Classe | Etablissement |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**En Toute Petite Section, votre enfant viendra l’après-midi** : ⬜ oui ⬜ non

**Votre enfant déjeunera au restaurant scolaire** : ⬜ oui ⬜ non

**Votre enfant restera à l’étude ou à la garderie** : ⬜ oui ⬜ non

**Date du dernier vaccin antitétanique :** ………………………………………

**Contre-indication médicale, allergie, traitement, précautions particulières :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Médecin traitant :**

Nom : ……………………………………………………

Téléphone : …./…./…./…./….

**En cas d’urgence** :

|  |  |
| --- | --- |
| Personne à prévenir : | …………………………………………………………………………………………… |
| Téléphone domicile : | …./…./…./…./…. |
| Téléphone portable : | …./…./…./…./…. |
| Téléphone du lieu de travail : | …./…./…./…./…. |

« Un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s’efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d’obtenir leur consentement. En cas d’urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. Si l’avis de l’intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible. » (art.R4127-42 du Code de Santé publique)

**Nous reconnaissons avoir reçu le règlement intérieur de l’établissement et les conditions financières de la scolarité.**

**A ……………………………, le ……………………………………**

**Signature** (précédée de la formule « Lu et approuvé »)

**Des deux parents** ou des personnes ayant autorité parentale :

**Signature du 1er parent : Signature du 2ème parent :**

Les informations recueillies ici sont obligatoires pour l’inscription dans l’établissement. Elles font l’objet d’un traitement informatique et sont conservées conformément à la loi, au départ de l’élève, dans les archives de l’établissement. Certaines de ces informations seront transmises, à sa demande, au rectorat de l’Académie.

Sauf opposition de votre part, noms, prénoms et adresse de l’élève et de ses responsables légaux seront transmis à l’association de parents d’élèves « APEL » partenaire reconnu par l’Enseignement Catholique.

Conformément à la loi française n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez demander communication et rectification des informations vous concernant en vous adressant au chef d’établissement.

11 rue Saint Bruno- 50 rue Stephenson – 75018 PARIS

Tel : 01 42 54 59 40 ou 01 42 58 44 45