

FICHE INSCRIPTION 2020-2021

Cette fiche doit être remplie SOIGNEUSEMENT

ETAT CIVIL DE L'ELEVE

NOM : PRENOM(S) :

SEXE : Masculin Féminin DATE DE NAISSANCE

LIEU DE NAISSANCE : VILLE : Département (chiffres) :

PAYS (DE NAISSANCE):.....

ADRESSE DE L'ELEVE :

.....

Adresse mail.....

NATIONALITE

ETABLISSEMENT SCOLAIRE FREQUENTE DURANT L'ANNEE SCOLAIRE 2019-2020

ETABLISSEMENT : Département (chiffres) :CLASSE :

Vœux pour l'année scolaire 2020-2021 *(précisez d'une croix)*

OPTIONS

6° Bllangue ESP 4° EUROKA ESPAGNOL 4° EUROKA ANGLAIS CHAM(MUSIQUE) CHAT(THEATRE)

QUALITE

Restauration scolaire : oui non Transport scolaire : oui non

SITUATION DU CHEF DE LA FAMILLE : *(précisez d'une croix)*

MARIE VIE MARITALE DIVORCE
 SEPRE CELIBATAIRE VEUF OU VEUVE
 PACS

METIER EXERCE PAR LE CHEF DE LA FAMILLE _ :

METIER EXERCE PAR LE CONJOINT :

SITUATION DE L'ENFANT : *(précisez d'une croix)*

- L'ENFANT HABITE AVEC SON PERE ET SA MERE
- AVEC SA MERE
- AVEC SON PERE
- GARDE ALTERNEE
- AVEC UNE AUTRE PERSONNE (QUALITE)
- EN FAMILLE D'ACCUEIL - EN FOYER D'ACCUEIL

DIVERS

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE

PARMI EUX, COMBIEN SONT INSCRITS EN COLLEGE : EN LYCEE :

ATTENTION ! 2ème partie tournez svp

RESPONSABLE DE L'ELEVE

LEGAL 1 (Personne percevant la bourse)

NOM : PRENOM :

NOM D'USAGE:

LIEN DE PARENTE AVEC L'ELEVE :

ADRESSE COMPLETE :

N° TELEPHONE : DOMICILETRAVAIL..... PORTABLE.....

Adresse mail :

N° IMMATRICULATION A LA SECURITE SOCIALE :

RESPONSABLE DE L'ELEVE

LEGAL 2

NOM : PRENOM :

NOM D'USAGE:

LIEN DE PARENTE AVEC L'ELEVE :

ADRESSE COMPLETE :

N° TELEPHONE : DOMICILETRAVAIL..... PORTABLE.....

Adresse mail :

N° IMMATRICULATION A LA SECURITE SOCIALE :

**EVENTUELLEMENT, AUTRE PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE
EN L'ABSENCE DES RESPONSABLES :**

NOM : PRENOM :

LIEN DE PARENTE AVEC L'ELEVE :

AUTORISE(E) A PRENDRE EN CHARGE L'ELEVE

ADRESSE COMPLETE :

N° TELEPHONE : DOMICILETRAVAIL..... PORTABLE.....

Adresse mail :

SIGNATURES DES RESPONSABLES DE L'ELEVE :

Responsable Légal 1 :

Responsable Légal 2 :

CANTINE SCOLAIRE ANNEE SCOLAIRE 2020-2021 INSCRIPTION à la DEMI-PENSION

NOM et PRENOM de l'élève :

Classe :

Nom et Prénom du responsable légal :

Adresse :

.....
.....
.....
.....

Tél portable :

Tél fixe :

Je soussigné(e), agissant en qualité de responsable de l'élève :

Demande l'inscription de mon enfant à la demi-pension pour l'année scolaire 2020-2021.

Je m'engage à verser les sommes dues au titre de la demi-pension, par trimestre, aux dates fixées par le service d'intendance du collège.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de la demi-pension.

Conformément au règlement intérieur, les élèves en qualité de demi-pensionnaires devront le rester pendant toute la durée de l'année scolaire.

Joindre le dernier avis d'imposition

Fait à GOURBEYRE,2020.

Signature des parents ou du tuteur

FICHE D'URGENCE

Identité de l'élève

NOM : Prénom :

Date de naissance : Classe :

Nom d'un frère, sœur ou autre parent scolarisé dans la même école:

	Responsable légal 1	Responsable légal 2	Autre personne à contacter précisez le lien avec l'élève
NOM			
Prénom			
Adresse			
Code postal			
Ville			
☎ Domicile			
☎ Travail			
☎ Portable			

Informations complémentaires

En cas d'urgence, un élève est transporté par les services de secours d'urgence (SDIS) vers l'hôpital de la zone. Le parent est immédiatement informé par l'école.

Date du dernier rappel antitétanique : / / (pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre.....)

Nom et n° de téléphone du médecin traitant :

TRES SIGNALE

Votre enfant est-il atteint d'une maladie à retentissement sur sa scolarité ? **oui** **non**

*Si oui, bien remplir la « fiche de renseignements médicaux confidentiels » (page 2)
A remettre sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin et/ou de l'infirmière scolaire.*

Partie CONFIDENTIELLE

(A remettre au chef d'établissement sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin
et/ou de l'infirmière scolaire).

A compléter si votre enfant est :

- atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire.
- s'il prend un traitement médicamenteux.
- s'il est porteur d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter un

NOM de l'élève:.....PRENOM :.....Classe:..... Maladie(s) dont souffre votre enfant :..... Nom du Médecin prescripteur :..... Traitement :..... Observations particulières : <p style="font-size: small; margin-left: 20px;">En fonction des renseignements que vous aurez précisés, il vous appartient de contacter le médecin ou l'infirmière scolaire affectée dans l'école pour établir avec vous, si nécessaire, un Projet d'Accueil Individualisé, conformément à la circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.</p>

aménagement particulier, dans le cadre scolaire.

Vos coordonnées :

NOM (mère ou père ou tuteur) ☎ domicile :..... ☎ travail :..... ☎ portable :.....	NOM (parent proche) ☎ domicile :..... ☎ travail :..... ☎ portable :.....
---	--

Vu et pris connaissance,

Date :

Cette fiche accompagne l'élève en cas de transfert vers le Centre de soins ou le CHU.