

ENFANT(S) DANS LA FAMILLE

Nombre d'enfant(s) à charge : Nombre d'enfant(s) dans le 2nd degré (collège et/ou lycée) :

Prénom - Nom	Né(e) le	Garçon-Fille	Préciser le nom de l'établissement + ville

PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'ABSENCE DU RESPONSABLE LEGAL

Nom Prénom

Tél. fixe /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Portable /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Qualité ou lien de parenté :

DOCUMENTS A JOINDRE A CE DOSSIER D'ADMISSION

Merci de compléter ce dossier et d'y joindre les documents suivants :

- 1 photocopie des bulletins scolaires de l'année en cours
- 1 photocopie du livret de famille (pages des parents et de tous les enfants de la famille)
- 1 photo d'identité agrafée au recto

L'inscription définitive ne peut intervenir qu'après la décision du conseil de classe du 3^{ème} trimestre et l'acceptation du règlement intérieur disponible sur demande.

Les documents administratifs et le règlement intérieur vous seront expédiés courant juillet.

Je soussigné(e)

M. père de

Mme mère de

M/Mme tuteur de.....

- Est informé(e) que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique concernant la gestion administrative des dossiers et la facturation et dont les destinataires sont les seuls services de l'établissement.
- Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectifications aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à la comptabilité ou au secrétariat.

à le..... 2019

Signature du père

Signature de la mère

Signature du tuteur

NOM : Prénom : Niveau :

Pour améliorer l'accueil de votre enfant, vous pouvez nous communiquer certaines informations :

- Votre enfant bénéficie déjà d'un : PAP (Projet d'Accompagnement Personnalisé)
 PAI (Projet d'Accueil Individualisé)
 PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation)
 PPRE (Projet Personnalisé de Réussite Educative)

- Est-il suivi par un ? Orthophoniste
 Ergothérapeute
 Psychologue
 Autre.....

Indiquez les coordonnées du professionnel de santé (nom, adresse, téléphone, courrier électronique) :

.....
.....

Autorisez-vous l'établissement à prendre contact avec ce professionnel ? OUI NON

Y-a-t-il des éléments médicaux que vous souhaitez nous préciser ?

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

Bénéficie-t-il d'une notification de la MDPH pour un AVS (Assistant de Vie Scolaire) ? OUI NON

Si oui, pour combien d'heures ? (fournir l'attestation)

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

Autre(s) information(s) à signaler :

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