

réserve administration

Photo d'identité

Redoublement

IDENTITE DE L'ELEVE

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance : n° dépt :

Nationalité :

Régime souhaité : Externe DP 4 repas (L-Ma-J-V)
 Interne (pour l'internat joindre un
chèque d'arrhes de 100€ à l'ordre de l'Ogec Saint-Louis et à
agrafer à ce dossier ; non remboursé en cas de désistement).

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Situation familiale : marié(e) vie maritale pacsé(e) veuf(ve) divorcé(e) séparé(e) célibataire

Nombre d'enfant(s) à charge :

RESPONSABLE LEGAL 1 M. Mme

Vous êtes le/la : père mère Tuteur Autre :

Nom

Prénom

Adresse

CP Ville

domicile

portable

Email personnel

Situation :

Profession :

Entreprise et lieu de travail :

travail

Autre situation :

RESPONSABLE LEGAL 2 M. Mme

Vous êtes le/la : père mère Tuteur Autre :

Nom

Prénom

Adresse

CP Ville

domicile

portable

Email personnel

Situation :

Profession :

Entreprise et lieu de travail :

travail

Autre situation :

ADRESSE DE RESIDENCE DE L'ELEVE

Au domicile **des 2 parents** Au domicile **du père** Au domicile **de la mère** En **résidence alternée**

Si **autre domicile**, préciser :

Nom

Adresse

Code Postal Ville..... domicile

PARCOURS DE L'ELEVE - ETABLISSEMENTS SCOLAIRES FREQUENTES

Année scolaire	Etablissement fréquenté	Ville	Classe	Raison du changement
2022-2023				
2023-2024				

Pour améliorer l'accueil de votre enfant, merci de répondre aux questions suivantes :

- Votre enfant bénéficie déjà d'un ? : PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé)
 PAI (Projet d'Accueil Individualisé)
 PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation)
 PPRE (Programme Personnalisé de Réussite Educative)
- } **Fournir les documents**

- Est-il suivi par un ? Orthophoniste
 Ergothérapeute
 Psychologue – psychologue scolaire
 Autre
- } **Fournir les bilans**

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 ?

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

Votre enfant bénéficie-t-il d'une notification de la MDPH ? :

• Pour l'accompagnement d'un(e) **AESH** ? OUI* NON

* Si oui, veuillez indiquer **le nombre d'heures** et joindre **la notification de la MDPH**

Précisions éventuelles :

.....
.....

• Pour du **matériel pédagogique adapté** ? OUI* NON

* Si oui, précisez et joindre **la notification**

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

Si vous souhaitez que votre enfant soit en classe avec un(e) camarade, vous pouvez le préciser ci-dessous. Votre demande sera étudiée en tenant compte prioritairement des contraintes organisationnelles de l'établissement (toute demande qui parviendrait après le 30/06/24 ne sera pas étudiée) :

.....

Autre(s) information(s) à signaler (démarches en cours pour un suivi...) :

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

OPTIONS DEMANDEES EN CLASSE DE 2nde générale et technologique

2 ^{ème} Langue vivante	Options facultatives
<input type="checkbox"/> ALLEMAND <input type="checkbox"/> ESPAGNOL	<input type="checkbox"/> PAS D'OPTION <input type="checkbox"/> SECTION EURO ANGLAIS <input type="checkbox"/> ARTS ou <input type="checkbox"/> BRETON* (<i>sous réserve d'effectif suffisant*</i>) <input type="checkbox"/> SCIENCE DE L'INGENIEUR <input type="checkbox"/> SCIENCES DE LABORATOIRE <input type="checkbox"/> MANAGEMENT } cocher 1 option parmi les 3