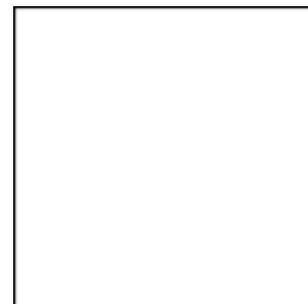


Dossier d'inscription en classe de : _____



Elève

NOM PATRONYMIQUE :

.....
.....

Prénom :

.....
.....

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : **Lieu :**

.....

Code Postal :

.....
.....

Nationalité (s) :

.....
.....

Domicile de l'élève :

.....
.....

Le cas échéant, noms et prénoms des frères et sœurs scolarisés dans l'école :

..... Classe :
..... Classe :
.....

Nom de l'Etablissement (ou crèche pour les inscriptions en Petite Section) :

.....
..... **Adresse :**
.....
.....

Privé sous contrat Public

Classes :

.....
.....

Classe (s) redoublée (s) :

.....
.....

Motifs :

.....
.....

Scolarité antérieure

Année scolaire	Classe	Etablissement fréquenté (nom et localité)
/		
/		
/		
/		

Responsables principaux

NOM :

.....
.....

Prénom :

.....
.....

Nom de Jeune Fille :

.....
.....

Marié (e) Veuf ou veuve Séparé (e) Divorcé(e)

Autre :

Lien de parenté avec l'élève :

.....
.....

Responsabilité : Autorité parentale Tuteur ou tutrice

Tél. Portable : **e-mail :**

.....

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

.....

FICHE MEDICALE

Elève :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Classe :

Etablissement d'origine :

Adresse de l'établissement :

Si vous n'êtes pas joignable, personne à contacter en cas d'urgence

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. Domicile : Tél. Portable :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Antécédents chirurgicaux de l'élève :

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

Antécédents médicaux de l'élève (si votre enfant est atteint d'une maladie chronique ou grave merci de nous en informer et de noter cette information en rouge) :

Si l'élève suit un traitement au long cours merci de nous l'indiquer (nom des produits, posologie quotidienne) :

Allergies éventuelles :

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

Votre enfant doit-il bénéficier d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) :

- Oui
- Non

Nom et coordonnées du médecin traitant habituel :

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

Vaccinations : (Merci de joindre une photocopie des pages « vaccinations du carnet de santé)

Date de la dernière vaccination anti-tétanique :

Autorisation d'anesthésie et d'intervention chirurgicale

Je soussigné(e)....., Père, Mère, tuteur
légal (rayer les mentions inutiles) de l'élève (Nom et Prénom)..... donne
mon autorisation pour procéder d'urgence à une anesthésie et/ou une intervention chirurgicale. Je laisse
l'Ecole de la Croix libre de
choisir le chirurgien et l'hôpital.

N° d'immatriculation à la CPAM du responsable légal
.....

A....., le..... Signature(s) :

PIECES A JOINDRE POUR L'INSCRIPTION

- Le formulaire d'inscription dûment complété et signé.
- Photocopie du livret de famille (pages parents et enfants).
- Pour les élèves dont les parents sont divorcés, photocopie du jugement (**page relative à la garde de l'enfant**)
- 1 photo d'identité récente (**à coller sur la page 1 du formulaire d'inscription**).
- Pour les demandes d'inscription en Maternelle (excepté Petite Section) et en CP, photocopie des livrets de compétence, ou à défaut un avis de l'enseignant de la classe en cours.
- Pour l'entrée en CP, l'avis de passage (délivré en juin) est obligatoire.**
- Photocopies de tous les bulletins trimestriels de l'année précédente.
- Un chèque à l'ordre de l'A.E.C de **155 €**, cette somme ne sera pas remboursée en cas de désistement. En revanche une somme de **125 €** sera déduite de la facture du 1^{er} trimestre (**30 € restant acquis à l'Ecole pour frais de dossier**).

Pièces à nous retourner impérativement fin juin

- Exéat ou certificat de radiation
- Avis de passage.
- Photocopies de tous les bulletins trimestriels de l'année en cours.

