



Ecole Saint Joseph

5, avenue du stade - 43600 Sainte Sigolène

Tel : 04.71.66.61.00

Mail : secretariat.ogec43600@gmail.com

FICHE D'INSCRIPTION

FICHE D'IDENTITE DE L'ELEVE

ELEVE

Nom : Prénom : Sexe :

Né(e) le : à : Pays :

Nationalité :

Nom et adresse de l'école précédente : Privée ☐ Publique ☐

Certificat de radiation : ☐ Rentrée prévue le : Classe:.....

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Nom, Prénom :	Nom, Prénom :
Nom de jeune fille :	Nom de jeune fille :
N° portable :	N° portable :
N° domicile :	N° domicile :
N° travail :	N° travail :
Mail :	Mail :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Adresse du domicile:	Adresse du domicile :

Situation de famille :

Mariés, Pacsés, Séparés, Divorcés, Concubins, Parent seul,
Concubin, Divorcé remarié

Nombre d'enfants :

Enfant déjà scolarisé à l'école St Joseph :

Merci de fournir les photocopies :

- livret de famille (pages enfant et parents)
- carnet de santé aux pages des vaccinations
- copie du jugement en cas de séparation
(Pour les périodes de garde)

DECHARGE EN CAS D'ACCIDENT

En cas d'accident survenu à l'enfant dans le cadre scolaire, les parents autorisent le directeur ou l'enseignant ayant délégation, à prendre toutes dispositions jugées utiles, y compris l'hospitalisation.

NOM de l'ENFANT :

Problème de santé particulier (allergie, contre-indication) :

Médecin de famille :

Date :

Signature responsable 1 :

Date :

Signature responsable 2 :

AUTORISATIONS DIVERSES

Droit à l'image

Nous donnons l'autorisation de photographier, de filmer, de faire des enregistrements sonores de notre enfant lors des activités scolaires et d'utiliser ces images dans le cadre de l'école (portes ouvertes, expositions, articles de presse, page Facebook, Instagram, site internet, ENT...) :

☐ Oui ☐ Non

Photo scolaire

Nous acceptons que notre enfant soit sur la photo de classe :

☐ Oui ☐ Non

Autorisation de sortie (du CP au CM2)

Nous autorisons notre enfant à partir seul de l'école :

☐ Oui ☐ Non

Nous déclarons avoir pris connaissance des circulaires d'information de l'école Saint-Joseph et nous en acceptons les modalités.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Vaccination obligatoire

Merci de nous fournir une photocopie de son carnet de santé aux pages des vaccinations

Accompagnement de votre enfant

Votre enfant a-t-il des soucis de santé ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de transmettre les éléments sous pli cacheté à l'attention du médecin scolaire.

Votre enfant bénéficie-t-il d'un :

- **PAI (Projet d'Accompagnement Individualisé)**
☐ Oui ☐ Non
- **PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé)**
☐ Oui ☐ Non
- **PPRE (Programme Personnalisé de Réussite Educative)**
☐ Oui ☐ Non
- **PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation)**
☐ Oui ☐ Non

Merci de préciser si votre enfant porte des lunettes, des lentilles, un appareil dentaire ou auditif, un suivi orthophonique, psychologique...

.....
.....

DELEGATION DE POUVOIRS EN CAS D'URGENCE

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant.....
autorise le chef d'établissement ou, en son absence, l'enseignant ou le personnel ayant délégation, à prendre en cas d'urgence toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.



Date :

Signature :