# **DOSSIER D’INSCRIPTION 2017-2018**

## NOM de l’enfant :…………………………………………Prénom :………………………………………………………

Classe rentrée 2017 **:** …………………….. Dernière école fréquentée ……………………..……..

Né(e) le ……………………..…… à ……………………………………. Nationalité …………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Père\*** | **Mère\* (Nom de jeune fille)** |
| **Nom** |  |  |
| **Profession** |  |  |
| **Nom de l’employeur** |  |  |
| **Téléphone mobile** |  |  |
| **Téléphone professionnel** |  |  |
| **E-mail** |  |  |
| **Adresse** |  | |
| **Téléphone domicile :** |  |  |

**\*Cocher la case du parent qui doit recevoir le courrier et les factures.**

**Situation de famille** 🞎 marié 🞎 célibataire 🞎 divorcé 🞎 vie maritale

**Nom et adresse complémentaire du conjoint (si différente) :** ………………………..…………………………………………………………… …………..

e-mail : ………………………………………………………………………………………

Téléphone domicile :……………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Frères et Sœurs** | | |
| Nom et Prénom | Année de naissance | Etablissement fréquenté |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **REGLEMENT DES FACTURES** |
| Je choisis le mode de paiement suivant pour l’année scolaire entière :  □ **prélèvement automatique mensuel (sur 10 mois) débutant le 2 octobre 2017** (***joindre un RIB : si changement de banque ou nouvelle famille****)*  □ **paiement trimestriel par chèque au 15 septembre, 15 janvier, 15 avril** |

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017­-2018**

Les informations confidentielles qu’elle contient sont destinées uniquement au responsable de l’établissement et aux services médicaux lors d’un voyage ou d’une sortie scolaire.

Nom  Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il :

des problèmes de vue : oui- non

des problèmes d’audition : oui- non

des allergies ? asthme : oui- non

alimentaires : oui- non

médicamenteuses : oui- non

Votre enfant suit-il une rééducation en orthophonie ? oui- non

Votre enfant bénéficie-t-il d’un PAI ? oui- non

Si oui, merci de joindre l’ordonnance de médecin traitant avec les médicaments correspondants.

Nous vous rappelons qu’aucun médicament ne pourra être donné à l’élève sans PAI, ni ordonnance.

**RAPPEL : joindre les photocopies de vaccinations dûment remplies extraites du carnet de santé**.

Etat des vaccinations (se référer au carnet de santé et aux certificats de vaccination de l’enfant)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
| DT Polio |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétra coq |  |  |  | R O R |  |
| BCG |  |  |  | Autres (préciser) |  |
|  |  |  |  |  |  |

Etat des maladies infantines

L’enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MALADIE | OUI | NON | MALADIE | OUI | NON |
| Rubéole |  |  | Coqueluche |  |  |
| Varicelle |  |  | Rougeole |  |  |
| Oreillons |  |  | Scarlatine |  |  |
| Otite |  |  | Rhumatisme articulaire aigü |  |  |
| Angine |  |  |  |  |  |

**Médecin traitant : téléphone :**

***Autorisation d’hospitalisation :***

J’autorise le Chef d’Établissement et, le cas échéant, les services médicaux lors d’un voyage ou d’une sortie scolaire à prendre toutes les dispositions nécessaires si mon enfant devait être hospitalisé en urgence.

le

Signature du responsable légal :

**AUTORISATIONS DE SORTIES 2017-2018**

***Classes primaires***

Les enfants autorisés à quitter seuls l’établissement seront munis d’un badge qu’ils présenteront à la personne chargée de la surveillance **(joindre obligatoirement une photo pour le badge).**

Les enfants non autorisés à partir seuls devront être récupérés par leurs parents (ou personne en ayant la responsabilité).

***Classes maternelles***

Les enfants sont récupérés par leurs parents (ou la personne responsable) auprès des enseignantes et sont alors sous la surveillance et la responsabilité de ces derniers.

A 16h30, les enfants non récupérés sont conduits à la garderie.

Nous soussignons Madame et/ou Monsieur ……………………………………..agissant en qualité de ……………………………………. autorise l’enfant ………………………………………., scolarisé à l’école Sainte Clotilde.

• **à quitter l’école accompagné par**:

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, Prénom | Téléphone |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

• **à quitter l’école seul(e) munie d’un badge aux heures de sorties**

|  |
| --- |
| **A remplir très précisément :**  LUNDI MIDI - LUNDI SOIR MARDI MIDI - MARDI SOIR  JEUDI MIDI - JEUDI SOIR VENDREDI MIDI - VENDREDI SOIR |

Les enfants devant sortir exceptionnellement seuls devront apporter le jour même une demande écrite à présenter à la personne chargée de la surveillance.

**AUTORISATION DE SORTIE SCOLAIRE**

Je soussigné(e) Nom : …………………………………………… Prénom : ………………………………….

Parents de : …………………………………………………….. classe : ………………………………..

autorise mon enfant à faire les sorties scolaires pour l’année 2017-2018.

Signature des parents :

RESTAURANT SCOLAIRE 2017-2018

**Mon fils, ma fille………………………… CLASSE………………**

● ne déjeunera pas à la cantine 🞏

● déjeunera à la cantine au forfait  : ( voir forfait convention financière)

1 jour par semaine 🞏 2 jours par semaine 🞏

3 jours par semaine 🞏 4 jours par semaine 🞏

● déjeunera à l’aide de tickets (vendu par carnet de 10 tickets) 🞏

**ETUDE – GARDERIE**

Mr/ Mme ………………………….. Parent(s) de……………………………

 souhaite que mon enfant reste à l’étude/ garderie (**au forfait**)\*

**Garderie du matin Étude/ garderie du soir**

 4 jours/ semaine  4 jours/ semaine

 3 jours/ semaine  3 jours/ semaine

 2 jours/ semaine  2 jours/ semaine

 1 jour/ semaine  1 jour/ semaine

 souhaite que mon enfant reste à l’étude/ garderie (**au ticket**)

 ne souhaite pas que mon enfant reste à l’étude/ garderie\*

**A NOTER :**

* Une **étude dirigée** est assurée de 17h00 à 18h00 tous les jours de la semaine après la récréation de 16h30. Les parents sont autorisés à venir chercher leurs enfants uniquement à partir de 18h.
* Il n’y a ni garderie, ni étude la veille des vacances scolaires.

\* Tout changement ne pourra se faire qu’à la fin du trimestre et devra être signalé par écrit.

**AUTORISATION DE PUBLICATION D’IMAGES 2017-2018**

L’école Sainte Clotilde **dans le cadre exclusif des activités pédagogiques et éducatives** est autorisée à filmer mon enfant, photographier et à reproduire, diffuser et publier son image dans les journaux de l’école, site internet et supports nécessaires pour faire connaître l’établissement.

Les données mises en lignes sont protégées et sécurisées.

 j’autorise  Je n’autorise pas

Fait à …………………………………………………… le ……………………………..

Signature des parents :