

**RENTREE SCOLAIRE 2020/2021**

**NOM :** ..... **Prénoms :** .....  Garçon  Fille

**Né(e) le :** ..... **à :** .....

**Régime :**  Externe  Demi-pensionnaire

**Responsable(s) de l'enfant :**

- Père & mère conjointement
- Mère seule
- Père seul
- Autre cas (préciser) : .....

**Lieu de Résidence de l'Elève**

- Chez son père et sa mère
- Chez son père ou sa mère (**garde alternée**)
- Chez son père
- Chez sa mère
- Famille d'accueil
- Autre cas (préciser) : .....

**SITUATION DE FAMILLE**

<b>PERE</b>	<b>MERE</b>
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> veuf	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Pacsée <input type="checkbox"/> Veuve
- Nom et Prénom : .....	Nom de Jeune fille et Prénom : .....
- Adresse : .....	- Adresse : .....
- Tél. domicile : .....	- Tél. domicile : .....
Liste rouge OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Liste rouge OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
- Tél. portable : .....	- Tél. portable : .....
- Email : .....	- Email : .....
- Profession : .....	- Profession : .....
- Société : .....	- Société : .....
- Tél. professionnel : .....	- Tél. professionnel : .....

L'enfant bénéficie-t-il d'une aide spécialisée ?

- CMPP  Orthophoniste  autre..... (préciser)

**SITUATION PARTICULIERE**

(Préciser. Exemple : famille d'accueil, foyer...)

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. domicile : .....

Tél. portable : .....

Email : .....

**Frères et sœurs de l'élève**

	NOM, Prénoms	Date naissance	Etablissement scolaire
1			
2			
3			

**PAIEMENT DES FRAIS SCOLAIRES par :**  
(à cocher. Merci)

Madame et Monsieur

Madame

Monsieur

Autre (à préciser :.....)

**Merci de compléter le verso de la fiche.**

– Merci de cocher la case qui concerne l'inscription de votre enfant –

<input type="checkbox"/> <b>INSCRIPTION EN PETITE SECTION</b> Première année (né(e) en 2018) Date d'entrée : <input type="checkbox"/> septembre <input type="checkbox"/> janvier	<input type="checkbox"/> <b>INSCRIPTION EN C.P.</b> Ecole d'origine.....
<input type="checkbox"/> <b>INSCRIPTION EN PETITE SECTION</b> Deuxième année (né(e) en 2017) .....	<input type="checkbox"/> <b>INSCRIPTION EN CE1</b> Ecole d'origine.....
<input type="checkbox"/> <b>INSCRIPTION EN MOYENNE SECTION</b> Ecole d'origine .....	<input type="checkbox"/> <b>INSCRIPTION EN CE2</b> Ecole d'origine.....
<input type="checkbox"/> <b>INSCRIPTION EN GRANDE SECTION</b> Ecole d'origine .....	<input type="checkbox"/> <b>INSCRIPTION EN CM1</b> Ecole d'origine.....
	<input type="checkbox"/> <b>INSCRIPTION EN CM2</b> Ecole d'origine.....
	<input type="checkbox"/> <b>INSCRIPTION EN ULIS</b> Ecole d'origine.....

## 1. PUBLICATIONS DE PHOTOGRAPHIES D'ELEVES MINEURS

**Cette autorisation est valable pour l'année scolaire en cours**

La photo de votre enfant est susceptible d'être diffusée sur nos supports de communication (journal interne, externe, plaquette d'informations, vidéo, réseaux sociaux, site web ...)

Nous souhaitons connaître votre décision en cas de publication de l'image de votre enfant, pour ce faire nous vous invitons à remplir le coupon ci-dessous.

Monsieur – Madame ..... Parent(s) de .....

Elève du groupe scolaire St Joseph :

Autorise (autorisons) la diffusion de la photo de mon (notre) enfant

N'autorise (autorisons) pas la diffusion de la photo de mon (notre) enfant

Fait à ..... Le .....

Signature du/des parents :

## 2. AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Durant toute la scolarité de leur enfant au groupe scolaire St Joseph de MORLAIX :

Monsieur – Madame ..... Parent(s) de .....

**Autorise (autorisons) le chef d'établissement – en cas d'urgence - à :**

- conduire mon (notre) enfant au service des urgences de l'hôpital de MORLAIX
- accepter toute intervention chirurgicale qui s'avèrerait nécessaire pour mon (notre) enfant, après avis des autorités médicales consultées
- éventuellement, en mon (notre) absence, à récupérer mon (notre) enfant après les soins qui lui auront été donnés.

DATE ET SIGNATURE :