FICHE D'INSCRIPTION

L'ANNÉE SCOLAIRE 2025 / 2026

(A REMPLIR SOIGNEUSEMENT ET UNIQUEMENT EN LETTRES MAJUSCULES SVP)

NOM DE FAMILLE DE L'ELEVE: ☐ **FILLE**

PRENOMS : ☐ **GARÇON**

DATE DE NAISSANCE : **LIEU DE NAISSANCE :**

DEPARTEMENT : **PAYS :**

NATIONALITE :

Choix de options et des langues

Choix 1 ☐ **ANGLAIS (dès la 6è) ET ALLEMAND (6è à la 3è)**

Choix 2 ☐ **ANGLAIS (dès la 6è) ET ESPAGNOL (à partir de la 5è à la 3è)**

OPTION en plus du choix 1 et 2 : ☐ LATIN OU ☐ LCE ANGLAIS (soumis à l'accord des enseignants)

☐ **DEMI-PENSIONNAIRE : OU** ☐ **EXTERNE :**

RESPONSABLES LEGAUX

Responsable légal 1 **(Chez lequel vit l'enfant en cas de séparation)** ☐ **cochez si garde alternée**

Mère ☐ **Père** ☐ **Tuteur** ☐ **Autre** ☐

NOM :

PRENOM :

PROFESSION : **code**

(cf: feuille jointe page 2)

ADRESSE DU DOMICILE :

CP : **VILLE :**

☏ **DOMICILE :**

☏ **TRAVAIL :**

☏ **PORTABLE :**

✉ **MAIL :**

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE, CELUI-CI COMPRIS :

AUTORISEZ-VOUS LA COMMUNICATION DE VOS COORDONNEES AUX ASSOCIATIONS DE PARENTS D'ELEVES ? OUI ☐ **NON** ☐

Responsable légal 2 **(si coordonnées inconnues remplir et signer l'attestation sur l'honneur ci-dessous)**

Mère ☐ **Père** ☐ **Tuteur** ☐ **Autre** ☐

NOM :

PRENOM :

PROFESSION : **code**

(cf: feuille jointe page 2)

ADRESSE DU DOMICILE :

CP : **VILLE :**

☏ **DOMICILE :**

☏ **TRAVAIL :**

☏ **PORTABLE :**

✉ **MAIL :**

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE, CELUI-CI COMPRIS :

AUTORISEZ-VOUS LA COMMUNICATION DE VOS COORDONNEES AUX ASSOCIATIONS DE PARENTS D'ELEVES ? OUI ☐ **NON** ☐

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) ☐ M. ou ☐ Mme

Responsable légal de l'élève, certifie sur l'honneur ne pas connaître les coordonnées ☐ du papa ☐ de la maman

Signature du responsable légal 1 :

FICHE D'URGENCE NON CONFIDENTIELLE A REMPLIR PAR LES RESPONSABLES LEGAUX
(En cas d'intervention des services d'urgence (SAMU, POMPIERS….) cette fiche leur sera transmise)

● En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir un responsable légal rapidement.

● En cas d'urgence, l'établissement appelle le SAMU (15) qui assure l'évaluation médicale et détermine le mode de transport approprié (ambulance privée le plus souvent, si nécessaire transport médicalisé d'urgence) vers l'hôpital le mieux adapté. Ces renseignements administratifs seront communiqués aux ambulanciers privés pour permettre la prise en charge financière du transport et des soins directement par les organismes d'assurance maladie, le complément pouvant être assuré par des dispositifs complémentaires (mutuelle, CMU, assurance scolaire…).

N° DE SÉCU. SOC. SOUS LEQUEL L'ENFANT EST COUVERT:

ADRESSE DU CENTRE :

Assurance scolaire: Organisme :

Adresse :

N° contrat :

● Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital que s'il est accompagné d'un responsable légal ou d'une personne mandatée, munie d'une pièce d'identité. Qui d'autre que vous, désignez-vous dans ce cas particulier?

Nom Prénom : **lien de parenté avec l'élève** :

Adresse :

☎ Domicile ☎ portable ☎ Travail

MEDECIN TRAITANT :

COMMUNE : **TÉL** :

Indiquez ici toute information **non confidentielle** sur l'état de santé de votre enfant (allergie, asthme, médicaments……)

qui seraient utiles aux secours en cas d'urgence :

● Il est de votre responsabilité de nous communiquer tout changement concernant les renseignements ci-dessus.