

QUATRIEME

Redoublement

réservé administration

IDENTITE DE L'ELEVE

Nom : **Statut demandé :** Externe DP 4 repas Interne
(L-Ma-J-V)
Prénom(s) :
Date de naissance : / /
Lieu de naissance : n° dépt : **Nationalité :**

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Situation du (des) parent(s) : marié(e) vie maritale pacsé(e) veuf(ve) divorcé(e) séparé(e) célibataire

Civilité : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme lien de parenté :	Civilité : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme lien de parenté :
Nom.....	Nom.....
Prénom.....	Prénom.....
Adresse.....	Adresse.....
CP..... Ville.....	CP..... Ville.....
Tél. fixe <input type="text"/>	Tél. fixe <input type="text"/>
Portable <input type="text"/>	Portable <input type="text"/>
Email personnel	Email personnel
Travail :	Travail :
Profession :	Profession :
Employeur et lieu de travail :	Employeur et lieu de travail :
Tél. travail <input type="text"/>	Tél. travail <input type="text"/>

ADRESSE DE RESIDENCE DE L'ELEVE

Au domicile **des 2 parents** Au domicile **du père** Au domicile **de la mère** En **résidence alternée**

Si **autre domicile**, précisez :

Nom
Adresse
Code Postal Ville
Tél domicile

OPTIONS DEMANDEES EN CLASSE DE QUATRIEME

4^{ème} de Collège

OU

4^{ème} dispositif par alternance

Langue vivante 2 obligatoire : Allemand Espagnol

avec 2^{ème} langue vivante Espagnol

Options Latin et Eurolangues Breton et Eurolangues

Facultatives : Latin Breton Eurolangues (admission selon les résultats aux tests d'évaluation en début d'année)

Cinéma Audiovisuel

Aucune option

Toute option choisie en classe de 5^{ème} sera suivie jusqu'en classe de 3^{ème}.

PARCOURS DE L'ELEVE - ETABLISSEMENTS SCOLAIRES FREQUENTES

Année scolaire	Etablissement fréquenté	Ville	Classe	Raison du changement
2018-2019				
2019-2020				

ENFANT(S) DANS LA FAMILLE

Nombre d'enfant(s) à charge : Nombre d'enfant(s) dans le 2nd degré (collège et/ou lycée) :

Prénom - Nom	Né(e) le	Garçon-Fille	Préciser le nom de l'établissement + ville

PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'ABSENCE DU RESPONSABLE LEGAL

Nom Prénom.....

Tél. fixe |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|/ Portable |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|/

Qualité ou lien de parenté :

DOCUMENTS A JOINDRE A CE DOSSIER D'ADMISSION

Merci de compléter ce dossier et d'y joindre les documents suivants :

- **1 photocopie des bulletins scolaires de l'année en cours**
- **1 photocopie du livret de famille (pages des parents et de tous les enfants de la famille)**
- **1 photo d'identité agrafée au recto**

L'inscription définitive ne peut intervenir qu'après la décision du conseil de classe du 3^{ème} trimestre et l'acceptation du règlement intérieur disponible sur demande.

Les documents administratifs et le règlement intérieur vous seront expédiés courant juillet.

Je soussigné(e)

M. père de

Mme..... mère de

M/Mme tuteur de.....

- Est informé(e) que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique concernant la gestion administrative des dossiers et la facturation et dont les destinataires sont les seuls services de l'établissement.
- Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectifications aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à la comptabilité ou au secrétariat.

à le 2020

Signature du père



Signature de la mère



Signature du tuteur



NOM : Prénom : Niveau :

Pour améliorer l'accueil de votre enfant, vous pouvez nous communiquer certaines informations :

- Votre enfant bénéficie déjà d'un :
- PAP (Projet d'Accompagnement Personnalisé)
 - PAI (Projet d'Accueil Individualisé)
 - PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation)
 - PPRE (Projet Personnalisé de Réussite Educative)

- Est-il suivi par un ?
- Orthophoniste
 - Ergothérapeute
 - Psychologue
 - Autre

Indiquez les coordonnées du professionnel de santé (nom, adresse, téléphone, courrier électronique) :

.....
.....

Autorisez-vous l'établissement à prendre contact avec ce professionnel ? OUI NON

Y-a-t-il des éléments médicaux que vous souhaitez nous préciser ?

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

Bénéficie-t-il d'une notification de la MDPH pour un AVS (Assistant de Vie Scolaire) ? OUI NON

Si oui, pour combien d'heures ? (fournir l'attestation)

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

Autre(s) information(s) à signaler :

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

