

CINQUIEME

Redoublement

réserve administration

.....

.....

IDENTITE DE L'ELEVE

Nom : **Statut demandé :** Externe DP 4 repas (L-Ma-J-V) Interne

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

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 | | | | | | | | | | | | | | | |

OPTION DEMANDEE EN CLASSE DE CINQUIEME

1 langue vivante 2 obligatoire : Allemand ou Espagnol
 1 option facultative : Breton ou Latin

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				

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 :

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