

ECOLE SAINT NICOLAS

16 rue Saint Nicolas

76600 LE HAVRE

☎ 07.66.17.32.77

saintnicolas3@wanadoo.fr

CLASSE



DOSSIER D'INSCRIPTION

IDENTITE DE L'ELEVE

Nom de l'élève _____

Prénoms _____

Né(e) le _____ à _____ Dép. _____

Nationalité _____

Sexe : MASCULIN FEMININ

Adresse _____

Commune _____ Code Postal _____

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Responsable légal de l'enfant : mère et père mère père

Autre : à préciser _____

Situation familiale du (ou des) parent(s) responsable(s) : marié(e) vie maritale

veuf(ve) célibataire pacsé(e) divorcé(e)* séparé(e)

Si parents séparés, indiquer le parent responsable principal : mère père

Si parents séparés, indiquer le parent responsable payeur : mère père

*Merci de joindre la notification du jugement.

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
NOM _____	NOM _____
Prénom _____	Prénom _____
Nom de jeune fille _____	Nom de jeune fille _____
Adresse _____	Adresse _____
Code postal _____	Code postal _____
Commune _____	Commune _____
Tél domicile _____	Tél domicile _____
Tél portable _____	Tél portable _____
Mail _____	Mail _____
Profession _____	Profession _____
Entreprise _____	Entreprise _____
Tél travail _____	Tél travail _____

SUIVI PEDAGOGIQUE DE L'ENFANT

L'élève a-t-il une reconnaissance MDPH : oui non

Précisez (joindre la photocopie) _____

L'élève a-t-il un suivi TSL (troubles spécifiques du langage, dyslexie, dyspraxie, dysphasie)	oui	non
L'élève a-t-il un suivi TDAH (trouble de l'attention)	oui	non
L'élève a-t-il un TSA (trouble spectre autistique)	oui	non
Autre : à préciser _____	oui	non

Nom des spécialistes qui suivent l'élève :

L'élève a-t-il un problème de santé nécessitant un PAI - projet d'accueil individuel (asthme, allergies, maladie chronique...) oui non

Problème de santé : _____

DELEGATION DE POUVOIR EN CAS D'URGENCE

J'autorise la directrice de l'école à prendre, en cas d'urgence, toutes les décisions de transport, d'hospitalisation ou d'interventions chirurgicales nécessitées par l'état de santé de mon enfant.

Cette autorisation vaut, en cas d'impossibilité de me joindre (ou de joindre mon conjoint), soit d'obtenir l'avis de mon médecin de famille :

Docteur _____

Adresse _____

Téléphone _____

SORTIES ENFANT MALADE

J'autorise l'équipe pédagogique à confier mon enfant malade ou blessé à la personne qui viendra le chercher :

Nom et prénom /lien de parenté : _____ Tél _____

Nom et prénom /lien de parenté : _____ Tél _____

Nom et prénom /lien de parenté : _____ Tél _____

SORTIES ENFANTS DE MATERNELLE

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

Nom et prénom /lien de parenté : _____ Tél _____

Nom et prénom/lien de parenté : _____ Tél _____

Nom et prénom/lien de parenté : _____ Tél _____

AUTORISATION DE SORTIES SCOLAIRES

J'autorise mon enfant à participer à toutes les sorties scolaires qui auront lieu au cours de cette année.

MONTANT DE LA SCOLARITE (fournir la feuille d'imposition)

Tarif 1

Tarif 2

Tarif 3

RESTAURATION SCOLAIRE

Mon enfant déjeunera ne déjeunera pas

Tous les jours

De façon régulière : entourer les jours LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

Occasionnellement (à préciser au moins 24 heures à l'avance par sms)

Régime alimentaire : sans porc végétarien

Allergie alimentaire : _____

PERISCOLAIRE

Non

Accueil du matin (entre 7h30 et 8h15) tous les jours occasionnel

Accueil du soir (entre 16h20 et 17h45) tous les jours occasionnel

Accueil du soir (de 17h45 à 19h00) tous les jours occasionnel

Fait _____ le _____

Signatures obligatoires précédées de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Signature (s) du ou des responsable(s) :