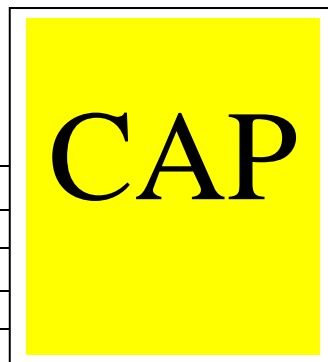


Merci de compléter ce document de façon lisible.



Nom : _____
Prénoms : _____
Né(e) le : _____ à : _____
Nationalité : _____
Numéro national (réservé à l'administration) : _____
Numéro Sécurité Sociale : _____
Adresse (si différente de celle du responsable légal) _____

Code postal : _____ Commune : _____
TEL : domicile. : _____ portable : _____
@ courriel : _____

Scolarité de l'année en cours – 2019 – 2020 (à compléter le jour de l'inscription)

LV 1 : _____ LV2 : _____
Division : _____
Régime : DP Interne
Date entrée : _____

Scolarité de l'année précédente – 2018– 2019

Division : _____
Etablissement : _____
Commune : _____

Responsable légal 1

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____ Pays : _____
TEL : domicile. : _____ travail : _____
portable : _____ accepte les SMS : oui non
@ courriel : _____

Situation emploi(a) : _____
Profession : _____

(a) : occupe un emploi, **ou** au chômage (merci de préciser votre dernier emploi) **ou** autre situation (merci de préciser sans activité professionnelle ou sans objet) **ou** (4) Retraité/ pré retraité (en précisant ouvrier, employé, artisan, cadre)

Responsable légal 2

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____ Pays : _____
TEL : domicile. : _____ travail : _____
portable : _____ accepte les SMS : oui non
@ courriel : _____

Situation emploi (a) : _____
Profession : _____

| PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT (<i>dans l'ordre de priorité</i>) | | | |
|--|---------|---------------|-------------------|
| NOM - PRENOM | Parenté | TEL PERSONNEL | TEL PROFESSIONNEL |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT |
|--|
| <p>En cas d'urgence et sauf indication différente de votre part, l'élève sera conduit par les services d'urgence (pompiers, SAMU) sur l'hôpital le plus indiqué pour son cas où toutes mesures utiles pour une chirurgicale d'urgence seront prises par l'administration de l'établissement hospitalier.</p> <p>- Souhaitez-vous que nous prévenions votre médecin de famille OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Si OUI, veuillez noter ses coordonnées : NOM N° de tél :</p> <p>Adresse : _____</p> <p>_____</p> <p>Si vous souhaitez nous donner d'autres indications (précautions particulières, Groupe sanguin, allergies etc...)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Numéro de sécurité sociale (du responsable) _____</p> |

| |
|--|
| <p>Autorisez-vous la communication de vos coordonnées à l'association des parents d'élèves</p> <p>Responsable 1 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Responsable 2⁽¹⁾ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> |
|--|

| |
|--|
| <p>L'élève est-il boursier ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> |
|--|

| FRERES & SŒURS dans un collège ou lycée public année scolaire 2018-2019 | | | |
|---|---------------|---------------------------------|--|
| NOM - PRENOM | Etablissement | Classe | Régime (demi-pensionnaire, externe interne) |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Nombre d'enfants à charge en collège ou en lycée : | | Nombre total d'enfants à charge | |

| SCOLARITE ANTERIEURE DE L'ELEVE | | |
|---------------------------------|----------------|---------|
| Années Scolaires | Etablissements | Classes |
| 2018- 2019 | | |
| 2017 – 2018 | | |
| 2016 - 2017 | | |

| SIGNATURES | | |
|---------------|---------------|-------|
| Responsable 1 | Responsable 2 | Elève |
| | | |

(1) uniquement si votre adresse est différente de celle du responsable 1