



☐ Inscription EFFECTIVE

☐ Inscription PROVISoire nous visitons d'autres écoles.

ENFANT

Nom: Prénom:

Sexe: M - F ~ Nationalité: Lieu de naissance:

Date de naissance:/...../..... Registre N:

★ Votre enfant a-t-il des frères/soeurs à l'école: OUI - NON

École maternelle: OU École primaire:

☐ Adresse identique aux 2 parents

☐ Adresse parent 1

☐ Adresse parent 2

Adresse: n°

Code postal:

Commune:

★ Nom responsable LEGAL:

Si déjà scolarisé: Nom ancienne école:

Adresse:

Classe:

Raisons du changement:

PARENT(S)

PARENT 1 ~ Etat civil: Célibataire - Marié(e) - Divorcé(e) - Veuf/veuve - Cohabitant légal

Nom: Prénom:

Sexe: M - F Date de naissance:/...../..... Nationalité:

Numéro registre national: Responsable fiscal%

Adresse mail: *Ecrivez en majuscules svp*

☐ ClassDojo ☐ IT School ☐ Débiteurs de frais

Profession:

Téléphone: OU

▲ Adresse, si différente de l'enfant:

CP: COMMUNE:

PARENT 2 ~ Etat civil: Célibataire - Marié(e) - Divorcé(e) - Veuf/veuve - Cohabitant légal

Nom: Prénom:

Sexe: M - F Date de naissance:/...../..... Nationalité:

Numéro registre national: Responsable fiscal%

Adresse mail: *Ecrivez en majuscules svp*

☐ ClassDojo ☐ IT School ☐ Débiteurs de frais

Profession:

Téléphone: OU

▲ Adresse, si différente de l'enfant:

CP: COMMUNE:

DANS LE CAS DE PARENTS SÉPARÉS/DIVORCÉS
☐ Garde alternée
 ☐ Vis chez papa
 ☐ Vis chez maman

 Avez-vous une procédure judiciaire effective qui nécessite une attention particulière? ☐ OUI ☐ NON

 Si OUI, précisez brièvement:

☐ document judiciaire en pièce jointe

 ★ Langue parlée à la maison: ☐ Français ☐ Autre:

Remarques ou autres attentions particulières:

Votre enfant a-t-il des soucis de santé qui nécessitent une attention particulière?

☐ NON ☐ OUI, je remplis le formulaire ad hoc de santé.
TRAITEMENT CONTRE LE MENINGOCOQUE

Nous autorisons le médecin scolaire à donner à notre enfant le traitement préventif contre le méningocoque, s'il a été en contact, à l'école, avec un élève atteint de cette infection.

☐ OUI ☐ NON

Dans le cas contraire, nous nous engageons à le retirer le plus rapidement possible de l'école et à lui faire prescrire, si nécessaire, un traitement préventif approprié par un médecin de notre choix.
PRISE COMPRIME IODE

Nous autorisons la prise de comprimé d'iode en cas d'accident nucléaire (voir document en annexe)

☐ OUI ☐ NON
★ AUTRES CONTACTS QUE LES PARENTS
 1. Nom/prénom: ☐ Famille ☐ Ami(e)

 Téléphone: ► Autorisé à: ☐ Reprendre l'élève ☐ Être contacté en cas d'URGENCE

 2. Nom/prénom: ☐ Famille ☐ Ami(e)

 Téléphone: ► Autorisé à: ☐ Reprendre l'élève ☐ Être contacté en cas d'URGENCE
★ PUBLICATION DE PHOTOS/VIDÉOS

→ Nous autorisons la publication de photos de notre enfant dans l'enceinte de l'école:

☐ OUI ☐ NON

→ Nous autorisons la publication de photos de notre enfant sur la page Facebook, instagram et le site internet:

☐ OUI ☐ NON

→ Nous autorisons la publication de photos de notre enfant sur Classdojo (groupe privé):

☐ OUI ☐ NON

- ☐ Mon enfant dînera tous les midis à l'école
- ☐ Mon enfant dînera occasionnellement à l'école
- ☐ Mon enfant ne dînera pas à l'école

- ☐ Mon enfant participera à l'accueil extra scolaire du **mercredi après-midi**

EN SIGNANT;

- Je m'engage à respecter le fait que les voitures **NE SONT PAS AUTORISÉES** à entrer dans l'enceinte de l'école **sauf avant 8h00 et après 15h50**, ceci afin de protéger les élèves (plus de détails dans le livret).

- Je m'engage à assurer un **suivi des factures** de mon enfant, en me connectant à la plateforme **IT SCHOOL** et à m'acquitter régulièrement des sommes dûes.

- Je certifie avoir pris connaissance du projet pédagogique et d'établissement de l'école, du règlement d'ordre intérieur (carnet) et **m'engage à les respecter strictement.**

Fait à Heusy le/...../.....

Signature: