

J'ai déjà une idée de mon futur métier / de mes études

.....
.....

Le genre d'élève que je suis en classe / à la maison

.....
.....

MATIERES

Préférées

Moins aimées

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

MES ACTIVITES, MES PASSIONS

En club dans une structure

A la maison, avec mes amis, en famille...

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

TEMPS LIBRE : ce que je fais pour m'occuper

Lecture

Autres (TV ...)

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

Des informations que vous souhaitez nous transmettre, des points qui peuvent retenir notre vigilance ou sur lesquels vous demandez notre attention :

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

N° _____



DOSSIER D'INSCRIPTION

ANNEE SCOLAIRE 2024 - 2025

Classe :

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TPS | <input type="checkbox"/> PS | <input type="checkbox"/> MS |
| <input type="checkbox"/> GS | <input type="checkbox"/> CP | <input type="checkbox"/> CE1 |
| <input type="checkbox"/> CE2 | <input type="checkbox"/> CM1 | <input type="checkbox"/> CM2 |

Date de préinscription : | ____ | ____ | ____ |

Nom :

Prénom :

Date de Naissance : | ____ | ____ | ____ |



RENSEIGNEMENTS SUR LA SCOLARITE

Nom et Prénoms (ordre état civil) :

Date de naissance : |__| |__| |__| | Lieu de naissance :

Sexe : M F Nationalité :

Adresse où réside l'enfant :

Régime à la rentrée scolaire : Demi-Pensionnaire (DP) - Repas apporté (RA) - Externe (E)

Lundi		Mardi		Jeudi		Vendredi	
-------	--	-------	--	-------	--	----------	--

LES PARENTS

Situation familiale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Remarié <input type="checkbox"/> Veuf	
Responsable légal de l'enfant : <input type="checkbox"/> Mr ou Mme <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	
<i>Parent 1 (Nom - Prénom) Représentant Légal</i>	<i>Parent 2 (Nom - Prénom) Représentant Légal</i>
Nom de naissance : _____	Nom de naissance : _____
<u>Adresse :</u> N° _____ Rue _____ CP/Ville _____ Téléphone domicile __/__/__/__/__ <input type="checkbox"/> LR Email _____ Date de naissance __ __ __ Profession _____	<u>Adresse (si différente) :</u> N° _____ Rue _____ CP/Ville _____ Téléphone domicile __/__/__/__/__ <input type="checkbox"/> LR Email _____ Date de naissance __ __ __ Profession _____
Employeur _____ Lieu de travail _____ Profession libérale <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Cadre <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Secteur privé <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Téléphone professionnel __/__/__/__/__ Portable personnel __/__/__/__/__	Employeur _____ Lieu de travail _____ Profession libérale <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Cadre <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Secteur privé <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Téléphone professionnel __/__/__/__/__ Portable personnel __/__/__/__/__
Cas particulier (tuteur, beaux-parents, aide-maternelle...) : Préciser _____ Nom - Prénom _____ Téléphone __/__/__/__/__	

Les Frères et Sœurs

Nom - Prénom	Date de naissance	Classe	Etablissement fréquenté/Vie active

Etablissement d'origine :

Classe précédente : Votre enfant a-t-il doublé une classe (si oui, laquelle) :

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Traits de caractère / difficultés particulières de l'élève :

Votre enfant a-t-il déjà bénéficié d'un PPRE ? OUI NON

- Si oui, quand et comment ?

Y-a-t-il eu orthophonie pour l'enfant ? OUI NON

- Si oui, à quelle période (CP, CE1...)?.....
- Pour quoi (dyslexie ou autre)?.....
- Si encore en cours de thérapie : Nom de l'orthophoniste

Autres renseignements médicaux (allergies, traitements spécifiques)

A-t-il été mis en place, dans ce cadre, un PAI (médical) ? OUI NON

A-t-il été mis en place un PAP avec le médecin scolaire ? OUI NON

- Si oui, préciser

Votre enfant a-t-il une notification MDPH ? OUI NON

- Si oui, pour quelle(s) situation(s) de handicap ?
- Nom du Maître référent actuel ?

Souhaitez-vous que votre enfant se trouve dans la classe d'un camarade ? OUI NON

Lequel ?