Ecole Bienheureux Pierre René Rogue

37 rue de la Brise

56000 Vannes

02-97-63-47-19

eco56.prr.vannes@enseignement-catholique.bzh

**FICHE D’INSCRIPTION et DE RENSEIGNEMENTS**

**Nom : …………………………………………..……….Prénom : ……………………………………………….. Classe : ………………………..**

**Fille – Garçon**

**Date de naissance : …………………...lieu de naissance : …………………………………….Nationalité : …………………………………..**

**Si changement d’école : école précédente ( nom et adresse ) : …………………………………………………………………….. ..**

**Baptisé : OUI NON**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Responsables légaux** | **Père, tuteur…** | **Mère, tutrice…** |
| **Nom** |  |  |
| **Prénom** |  |  |
| *Adresse complète*  (étage et logement) |  |  |
| 🕿 domicile |  |  |
| 🕿 portable |  |  |
| Profession |  |  |
| *🕿professionnel* |  |  |
| *Adresse mail* |  |  |

En cas de séparation : vous pouvez joindre le justificatif d’autorité parentale

**Suivi à l’extérieur :**

Votre enfant est –il suivi par des partenaires extérieurs ? □OUI □NON

►Vous pouvez préciser le type de suivi si vous le souhaitez le nom et les coordonnées téléphoniques du professionnel ainsi que la durée de prise en charge ( CPEA, CMPP, psychomotricienne, psychologue , orthophonie….)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Personne à contacter en cas d’absence des parents**

Nom : ………………………………………………………… Prénom : …………………………………………………………………

Adresse complète : ………………………………………………………………………………………………………………………………………

🕿 Téléphone : …………………………………………………………………

Nom , prénoms, et date de naissance des frères et sœurs

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Date de naissance |
| …………………………………………………  …………………………………………………  ………………………………………………… | ………………………………………………  …………………………………………………  ……………………………………………… | …………………………………………………  ………………………………………………  ………………………………………………… |

*Problèmes de santé :****Allergies- contre-indications- traitements de longue durée-asthme etc.…*** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**Coordonnées du médecin traitant** : ………………………………………………………..……🕿…………………………………………

**Derniers rappels de vaccinations** : en cas de prise en charge médicale d’urgence :

B.C.G : …………………………………………………………………………………D.T.P : ………………………………………………………………………………

**Services Péri –scolaire : Elève régulier**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Lundi** | **Mardi** | **jeudi** | **vendredi** |
| Garderie matin |  |  |  |  |
| cantine |  |  |  |  |
| Aide aux devoirs |  |  |  |  |
| Garderie soir |  |  |  |  |

**Elève occasionnel : □** Cantine : jour : ………………....... **□**garderie : jour :……………………………

**Autorisations :**

* *Je soussigné Mr/Mme………………………………………………… autorise l’équipe enseignante de l’école à prendre, sur avis médical en cas de maladie ou d’accident de mon enfant, toutes les mesures d’urgence tant médicales que chirurgicales y compris éventuellement l’hospitalisation.*

*Oui Non*

* *J’autorise mon enfant à quitter l’école, seul(e), après la classe*

*Oui Non*

* *J’autorise mon enfant à prendre le bus dans le cadre des sorties scolaires*

*Oui Non*

* *J’autorise mon enfant à être photographié et/ou filmé dans le cadre scolaire : exposition dans l’école, site de l’école, bulletin municipal ou presse locale*

*Oui Non*

Règlement des rétributions : □ prélèvement automatique □ règlement manuel

**Important : En cas de changement d’une des adresses ou numéro de téléphone mentionnés ci-dessus, veuillez avertir l’école immédiatement.**  A …………………………………………., le …………………………………………………

Signatures des responsables de l’enfant