****

PHOTO D’IDENTITE

Récente à coller

**FICHE D’INSCRIPTION**

POUR L’ANNEE **20…../20…..**

MATERNELLE 🞏 ÉLÉMENTAIRE🞏 COLLÈGE🞏

COLLEGE 🞏

 LYCEE 🞏

**FICHE ELEVE :**

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

Né(e) le : à : Pays :

Nationalité : ……………………………………………………………………………………. Sexe (F ou M) :………………………………………….

Classe demandée : en redoublement : 🔾 oui 🔾 non

Première langue vivante : ……………………………………… Deuxième langue vivante : ………………………………...

**COORDONNEES :**

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° de téléphone du domicile :

**SCOLARITE ANTERIEURE :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANNEES SCOLAIRES** | **CLASSES** | **ETABLISSEMENT(S) NOM-CP/VILLE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**PARENTS** SITUATION FAMILIALE :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Père ou Tuteur | Mère ou Tutrice |
| Civilité, NOM, Prénom |  |  |
| Profession |  |  |
| Téléphone Professionnel |  |  |
| N° de Portable personnel |  |  |
| Courriel |  |  |

**FRERES ET SŒURS :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM-Prénom | Né(e) le | Situation scolaire ou professionnelle |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Personne à prévenir en cas d’accident**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM et Prénom | Adresse complète | Lien de parenté | Téléphone fixe/portable |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Fiche médicale de l’élève**

(A remplir par le Médecin traitant et à apporter le jour de l’inscription)

**Les renseignements médicaux sont très importants à connaître pour la scolarité de l’élève et le choix de son orientation professionnelle tout autant que pour l’exercice des stages qu’il aura à effectuer.**

En cas de refus ou de dissimulation de certains éléments, cela pourrait mettre en cause la poursuite de la scolarité dans la formation demandée.

NOM et Prénom :

Classe prochaine :

Né(e) le : Sexe : 🞏 M 🞏 F

• Etat de santé de l’élève Maladies antérieures-Interventions chirurgicales

• Existe-t-il : -un problème de santé ? 🞏 non 🞏 oui, traitement éventuel :

 -une affection chronique, un traitement de longue durée ? 🞏 non 🞏 oui, précisez

• Allergies ou protocole à respecter en cas d’urgence

• Surveillance ou précautions particulières à prendre au sein de l’établissement (protocole et traitement à joindre obligatoirement)

• **Y-a-t-il une réalité médicale incontournable de dispense d’Education Physique et Sportive ?** (la dispense totale d’EPS restant très exceptionnelle) **🞏 non 🞏 oui, laquelle ?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date** | **Signature du Médecin** | **Cachet du Médecin** |
|  |  |  |

**Autorisation parentale**

**pour l’utilisation de l’image d’un mineur**

De nombreuses activités pédagogiques conduisent les écoles à réaliser des photographies ou des vidéos sur lesquelles apparaissent des élèves. Notre établissement peut également être sollicité par la presse pour réaliser un reportage.

La loi relative au droit à l’image demande une autorisation écrite au responsable légal de l’enfant, non seulement pour la prise de vue mais aussi pour l’exploitation interne à l’école et la diffusion de ces images sur un support : papier ou numérique (cédérom ou site Internet).

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques ou films qui concernent l’élève nommé ci-dessous est garanti. Je pourrai à tout moment vérifier l’usage qui en est fait et je disposerai d’un droit de retrait, sur simple demande, si je le juge utile.

Je soussigné(e) ………………………………………………………………. responsable légal de l’élève ………………………………………………

Autorise l’établissement Scolaire au cours de l’année 20…../20….. :

🞏 A photographier (ou filmer) mon enfant dans le cadre exclusif d’un projet pédagogique,

🞏 A permettre la prise de vue de mon enfant par un photographe professionnel pour des photographies de classe,

🞏 Dans le journal ou le magazine scolaire de l’école.

🞏 Sur les pages web et réseaux-sociaux qui utilisent officiellement le nom de l’établissement.

Fait à ……………………………………., le …………………. Signature du Responsable légal