ECOLE COLLEGE NOTRE DAME
25, Bd des Ducs. BP 78
14220 THURY - HARCOURT
Tel: 02 31 79 72 06
secretariat@notredamethury.fr
directionprimaire@notredamethury.fr
directioncollege@notredamethury.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION

RENTREE SCOLAIRE : _____

NOM, PRENOM DE L'ELEVE : _____

CLASSE DEMANDEE (+ OPTION(S)) : _____

AUTORISATION DE PHOTOGRAPHIE POUR : LE SITE DE L'ECOLE : OUI NON

LA PRESSE : OUI NON (rayer la mention inutile)

Indiquer les frères et sœur de la famille :

Nom, prénom	Nom de l'établissement si scolarisé	Commune de l'établissement	Classe	Date de naissance

Pièces à fournir avec le dossier :

- Photocopies du livret de famille
- Photocopies des vaccinations du carnet de santé
- Photocopie de la carte d'identité de l'enfant (si l'enfant en a une)
- Photocopie de la carte vitale de l'assuré
- Copie du jugement de divorce si séparation des parents
- Copie du dernier PAI (s'il y en a un)
- Certificat de radiation de l'établissement d'origine
- Copie de l'avis de passage dans la classe supérieure ou maintien

RENSEIGNEMENTS ELEVE

Identité de l'élève

Nom : Prénoms : Sexe (M ou F) :

Né(e) le : Département : Nationalité :

Lieu de naissance :

Adresse :

Scolarité antérieure de l'élève

Nom de l'établissement : Classe :

Adresse de l'établissement :

RENSEIGNEMENTS RESPONSABLES

Responsable légal 1

Nom : Prénom : Lien de parenté :

Adresse (si différente de l'enfant) :

Téléphone domicile et ou portable : Téléphone travail :

Adresse mail :

Situation familiale : Profession :

Responsable légal 2

Nom : Prénom : Lien de parenté :

Adresse (si différente de l'enfant) :

Téléphone domicile et ou portable : Téléphone travail :

Adresse mail :

Situation familiale : Profession :

AUTRE PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom : Lien de parenté :

Adresse (si différente de l'enfant) :

Téléphone domicile et ou portable : Téléphone travail :

AUTRE(S) PERSONNE(S) SUCCEPTIBLE(S) DE VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT AU COLLEGE

Nom	Prénom	Lien	N° téléphone

RESPONSABLE(S) FINANCIER(S)

Madame et (ou) monsieur ……..,demeurant :

responsable(s) financier(s) s'engage(nt) à :

1. Assumer les fonctions de payeur des prestations utilisées.

Dans le cadre de garde alternée, l'engagement payeur vaut pour toute la scolarité de l'enfant sauf production d'un jugement modifiant la répartition des charges entre parents sur ce point précis.

Les paiements seront effectués par (en lien avec le règlement financier donné à l'inscription) :

- ☐ Espèces
- ☐ Chèques
- ☐ Prélèvement
- ☐ I paiement

2. Signaler tout changement modifiant les indications mentionnés sur cette fiche.

Signature(s) responsable(s) financier(s) :

INFORMATIONS PERISCOLAIRES

Horaires ouverture et fermeture

Accueil sur la cour dès 7h30

- Début des cours à 8h25 (8h20 le mercredi)
- Pause méridienne de 12h25 à 13h40
- Fin des cours à 16h40 (11h20 le mercredi)

Etude 17h à 18h, puis garderie possible jusqu'à 18h30

Fermeture de l'établissement à 18h30 (12h le mercredi)

Indiquer ci-dessous en cochant les cases, les horaires de présence de votre enfant :

Collège :

Etude du soir de 17h à 18h □ Lundi : □ Mardi : □ Jeudi : □ Vendredi : □

Accueil jusqu'à 18h30 : □ Lundi : □ Mardi : □ Jeudi : □ Vendredi : □

Bus (oui/non) : Ligne :

Jours et trajets :

Lundi :	Mardi :	Mercredi :	Jeudi :	Vendredi :
Aller ☐	Aller ☐	Aller ☐	Aller ☐	Aller ☐
Retour ☐	Retour ☐	Retour ☐	Retour ☐	Retour ☐

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Assurance

Tous les élèves sont automatiquement assurés par un contrat souscrit par l'établissement durant le temps des activités scolaires, sportives et socioculturelles organisées par l'établissement.
Seule une attestation responsabilité civile doit être fournie au plus tard le jour de la rentrée

Médecin traitant

Photocopie du carnet de vaccination (à remettre au plus tard le jour de la rentrée)

Numéro de sécurité sociale :

Nom de la mutuelle et numéro d'adhérent :

Nom du médecin traitant : N° de téléphone :

Adresse du médecin traitant :

Monsieur et (ou) madame…… , représentant(s) légal(aux) de l 'enfant ……., autorise(nt) l'établissement à prendre toutes les décisions de soin, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale, en cas d'impossibilité à être joint(s), ou en cas d'urgence et de nécessité constaté par un médecin.
Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre) :

……

……..

Nous inscrivons l'enfant nommé précédemment :
SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL 1 : ***SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL 2 :***