

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

Nom : _____ Prénom : _____ Classe : _____
Date de naissance : _____ à _____

REPRÉSENTANT LÉGAL OU PERSONNE RESPONSABLE EN CHARGE	
REPRÉSENTANT 1	REPRÉSENTANT 2
Nom, Prénom : Lien de parenté : N° de tel : Adresse : Profession :	Nom, Prénom : Lien de parenté : N° de tel : Adresse : Profession :

COMPOSITION DE LA FAMILLE : FRÈRE ET SŒUR		
Nom	Prénom	Date de naissance

RENSEIGNEMENT MÉDICAUX		
Votre enfant est-il atteint d'une maladie ? Non Oui Laquelle :	Si oui, bénéficie-t-il d'un PAI ? (projet d'accueil individualisé) Non Oui Si oui, fournir une photocopie de l'ancien.	A-t-il un traitement ? Non Oui Lequel :

SUIVI SPÉCIFIQUE		
Votre enfant a-t-il des troubles de l'apprentissage ? Non Oui Lesquels :	Si oui, bénéficie-t-il d'un PAP (Projet d'accompagnement personnalisé) Non Oui Si oui, fournir une photocopie de l'ancien	MDPH Non Oui Dossier fait Dossier en cours

COMMENTAIRES



Merci de joindre une photocopie des différentes vaccinations lors de la première inscription dans l'établissement

▲ Pour tout prise de médicaments pendant le temps scolaire, apporter obligatoirement les médicaments et l'ordonnance à l'infirmerie. (En l'absence de l'infirmière, une personne de la vie scolaire pourra les donner)

Pour tout problèmes de santé ou suivi spécifique (PAP, PAI...).

Contactez dès l'inscription l'infirmière scolaire.

MAUPASSANT : Mme LILLAZ : 02.35.10.24.08

DESCARTES : Mme LE GARFF : 02.35.10.24.06