



**FICHE D'INSCRIPTION OU DE REINSCRIPTION PEDAGOGIQUE  
ANNEE SCOLAIRE 2020 – 2021**

**ENTREE EN SECONDE**

NOM ..... Prénom .....  
Né(e) le ..... A.....

**Scolarité 2019 - 2020 :**

Nom et adresse de l'établissement :.....  
.....

Académie:.....

Classe ..... Redoublant(e) oui  non

Etablissement public  Etablissement privé

LVA : Anglais obligatoire

LVB :  hébreu  espagnol

LVC : hébreu obligatoire

Possibilité d'étudier une autre langue suivie par le CNED

**NB.**

- Les élèves qui ont choisi Espagnol au titre de la LVB suivent obligatoirement un cours d'Hébreu LVC (Projet d'établissement).
- Toute demande de changement de LVB devra être formulée par écrit auprès du Chef d'Etablissement. Un test validera ou non la demande.

**Responsable légal 1 :**

NOM :..... Prénom :.....

Lien de parenté :.....

Adresse : .....

Tél domicile :..... Bureau :..... Portable :.....

Email :.....

Acceptez-vous les SMS : oui  non

Profession : .....

**Responsable légal 2 :**

NOM : ..... Prénom : .....  
Lien de parenté : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tél domicile : ..... Bureau : ..... Portable : .....  
Email : .....  
Acceptez-vous les SMS : oui  non   
Profession : .....

**Autre personne à prévenir en cas d'urgence**

NOM : ..... Prénom : .....  
Lien de parenté : .....  
Tél domicile : ..... Portable : .....

**Boursier d'Etat :** oui  non

**Assurance scolaire :** oui  non

**N° de police** .....

**Nom et adresse de la compagnie**.....

.....  
(Attestation à remettre à la rentrée)

**Je soussigné(e) ..... sollicite par la présente  
l'inscription de mon fils- de ma fille dans l'Etablissement Georges LEVEN.**

**Date :**

**Signature du responsable légal :**

# FICHE SANITAIRE 2020 - 2021

photo

**A retourner impérativement avec la fiche d'inscription**  
**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de naissance : ..... Classe : .....

Père : .....

Adresse :

.....  
.....

Port : .....

Email : .....

Mère : .....

Adresse :

.....  
.....

Port : .....

Email : .....

Personne à contacter en cas d'absence :

Nom : ..... Prénom : .....

Tel : ..... Lien avec l'enfant : .....

## Renseignements médicaux

Nom et n° de téléphone du médecin traitant :

.....  
.....

### Vaccinations

Vaccins Obligatoires	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates	
Diphtérie		Hépatite		
Tétanos		ROR		
Poliomyélite		Coqueluche		
Ou DT polio				
Ou Tétracoq				
BCG				

- **Traitement médical :**

Votre enfant suit-il un traitement médical ? OUI  NON

Pour quelle maladie ? :

.....

Si oui merci de prendre contact avec Mme UZAN Johanna avant le 20 avril 2020 à l'adresse mail suivante :

[johanna.uzan@levenaiu.org](mailto:johanna.uzan@levenaiu.org) afin d'établir un PAI protocole d'accueil individualisé.

- **Allergies :**

Votre enfant a-t-il une allergie ? OUI  NON

Quel type d'allergie ? .....

Si oui, merci de prendre contact avec Mme UZAN Johanna avant le 20 avril 2020 à l'adresse mail suivante :

[johanna.uzan@levenaiu.org](mailto:johanna.uzan@levenaiu.org) afin d'établir un PAI Protocole d'Accueil Individualisé.

- **Difficultés d'ordre scolaire**

Votre enfant bénéficie-t-il : D'un **PAP** Protocole d'Accueil Particularisé ? OUI  NON

Pour quel type de difficulté : Dyslexie  Dysorthographe  Dysgraphie

Dyspraxie  Dyscalculie

Autres : .....

Si oui, merci de prendre contact avec Mme UZAN Johanna avant le 20 avril 2020 à l'adresse mail suivante :

[johanna.uzan@levenaiu.org](mailto:johanna.uzan@levenaiu.org) afin d'établir un PAP Protocole d'Accueil Particularisé

Votre enfant a-t-il un suivi MDPH ? OUI  NON

Bénéficie-t-il d'un PPS (**P**rojet **P**ersonnalisé de **S**colarisation)

Pour quelle(s) raison(s) ? .....

Si oui merci de prendre contact avec Mme UZAN Johanna avant le 20 avril 2020 à l'adresse mail suivante :

[johanna.uzan@levenaiu.org](mailto:johanna.uzan@levenaiu.org) afin de pouvoir mettre en place le PPS.

## COUPON REPONSE

Je soussigné(e), .....  
responsable légal de l'enfant .....  
en classe de ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise,  
le cas échéant, le Chef d'établissement ou le responsable du séjour dans le cas d'un voyage à  
prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues  
nécessaires par l'état de mon enfant.

Date :

signature :