



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

ENTREE EN 5^{ème}

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

LV1 Anglais (obligatoirement)

LV2 : hébreu espagnol

NB.

- Les élèves qui ont choisi Espagnol au titre de la LV2 suivent obligatoirement un cours d'Hébreu LV3 (Projet d'établissement).
- Toute demande de changement de LV2 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

A retourner impérativement avec la fiche d'inscription
RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

photo

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 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 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 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 (Projet Personnalisé de Scolarisation)

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 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 :