

# FICHE D'INSCRIPTION OU DE RÉINSCRIPTION PÉDAGOGIQUE

## ANNÉE SCOLAIRE 2021 - 2022

### ENTRÉE EN 2nde

NOM : ..... Prénom : .....

Né le : ...../...../..... À .....

Fratricité dans l'établissement : oui  non  Nombre : .....

### SCOLARITÉ 2020 – 2021 (ETABLISSEMENT ACTUEL)

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

Académie : .....

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

Établissement : public  privé

**LVA** : anglais obligatoire

**LVB** : hébreu  espagnol  italien

**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'Établissement.**

**Un test validera ou non la demande.**

### RESPONSABLE LÉGAL 1

NOM : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

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

Mail : .....

Acceptez-vous les SMS : oui  non

Profession : .....

**FICHE D'INSCRIPTION OU DE RÉINSCRIPTION PÉDAGOGIQUE**  
**ANNÉE SCOLAIRE 2021 - 2022**

**RESPONSABLE LÉGAL 2**

NOM : ..... Prénom : .....  
Lien de parenté : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tél domicile : ..... Bureau : ..... Portable : .....  
Mail : .....  
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'État :        oui  non   
Assurance scolaire :    oui  non   
N° de police : .....  
Nom et adresse de la compagnie.....  
.....

**Attestation à remettre obligatoirement à la rentrée**

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

Date :

Signature du responsable légal 1 :

Signature du responsable légal 2 :

## FICHE SANITAIRE 2021-2022

PHOTO

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

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :

NOM : ..... Prénom : .....

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

Père : .....

Adresse : .....

.....

Portable : ..... Mail : .....

Mère : .....

Adresse : .....

.....

Portable : ..... Mail : .....

Personne à contacter en cas d'absence :

Nom : ..... Prénom : .....

Tél. : ..... Lien avec l'enfant : .....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 2021-2022

Nom et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

### Vaccinations

Vaccins Obligatoires	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diptérie		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 ? : .....

- **Allergies :**

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

Quel type d'allergie ? .....

- **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 : .....

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 tel est le cas, merci de prendre contact avec Mme UZAN Johanna par mail :**

[johanna.uzan@levenaiu.org](mailto:johanna.uzan@levenaiu.org)

### 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) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Date :

signature :