

FICHE D'INSCRIPTION OU DE RÉINSCRIPTION PÉDAGOGIQUE

ANNÉE SCOLAIRE 2021 - 2022

ENTRÉE EN 6^e

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

LV1 Anglais (obligatoirement) Autre langue obligatoire : hébreu

NATATION

Attestation « savoir-nager » (à fournir) oui non

Je sais nager oui non

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

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 :