



Date d'entrée au collège :

Date de départ du collège :

Nom et lieu du nouvel établissement :

ANNEE
SCOLAIRE
2016/2017CLASSE de
4^{ème}PHOTO
D'IDENTITE

NOM :

Prénoms :

Né(e) le :

Lieu de naissance (commune et département) :

Pays de naissance :

Nationalité :

Sexe : M F

Adresse de l'élève :

Code postal

Ville :

SCOLARITE ANNEE PRECEDENTE 2015/16 :

Nom et adresse de l'établissement :

Etablissement public Etablissement privé Académie de Créteil Autre académie

En Classe de :

RESPONSABLE 1 ET FINANCIER DE L'ELEVE :

NOM :

Prénom :

Lien de parenté :

Père Mère

Autre :

Responsable

légal : Oui Non **SCOLARITE 2016/17 :**

Langue vivante 1 : ANGLAIS

Langue vivante 2 : ESPAGNOL

Enseignement de complément LATIN : OUI NON Option BADMINTON : OUI NON *Voir note explicative*L'élève est-il redoublant ? OUI NON Déjeune-t-il à la cantine ? OUI NON **RESPONSABLE 2 DE L'ELEVE :**

NOM :

Prénom :

Lien de parenté :

Père Mère

Autre :

Responsable

légal : Oui Non **Situation des responsables légaux :**Parents vivant ensemble Parents vivant séparément Parent isolé ou veuf

Autre :

 Adresse du responsable (si différente de l'élève) :

.....

.....

.....

Profession :

Lieu de travail :

☎ Domicile : ☎ Professionnel : ☎ Portable :

✉ e-mail :

Signature :

 Adresse du responsable (si différente de l'élève) :

.....

.....

.....

Profession :

Lieu de travail :

☎ Domicile : ☎ Professionnel : ☎ Portable :

✉ e-mail :

Signature :

AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT (dans l'ordre de priorité) :

NOM et Prénom	Lien de Parenté	Téléphone personnel	Téléphone portable	Téléphone professionnel

Nombre d'**enfants à charge** : , dont enfant(s) scolarisé(s) en collège ou lycée

Autorisez-vous la **communication de vos coordonnées aux associations de parents d'élèves** ?

OUI

NON

CAS D'URGENCE MEDICALE :

En cas d'urgence, l'élève sera conduit par les pompiers ou le SAMU à l'hôpital le plus indiqué pour son cas, où toutes mesures utiles pour une opération chirurgicale d'urgence seront prises par l'administration de l'établissement hospitalier.

❖ Indiquez le N° de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché :

_ / _ / _ / _ / _ _ / _ _ / _ _

❖ Indiquez les nom, adresse et téléphone de votre médecin généraliste :

.....
.....

❖ Si vous souhaitez nous donner d'autres indications (problèmes médicaux), veuillez les indiquer ci-dessous :

.....
.....

❖ Indiquez la date du dernier rappel de vaccin antitétanique (DTP) :

.....

❖ L'assurance Responsabilité Civile et Individuelle est vivement recommandée :

Organisme assureur :

N° de police

Type d'assurance : Scolaire Extra scolaire

Information supplémentaire que vous jugez utile de nous communiquer :