

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Date d'entrée : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Date de radiation : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

N° APLON



**Ecole primaire bilingue Notre-Dame**  
 Skol divyezhek Intron Varia  
 9 rue du Général de Gaulle  
 56890 SAINT-AVE

☎ : 02 97 60 74 81

✉ [saint.ave.ecolenotredame@wanadoo.fr](mailto:saint.ave.ecolenotredame@wanadoo.fr)  
 🌐 <http://www.saint-ave-ecolenotredame.fr>

**L'élève :**

Fournir une photocopie des pages « Époux », « Épouse » et celle de l'enfant concerné du livret de famille.

Nom : ..... Prénoms : ..... Sexe : ..... Nationalité : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : ..... Département ou pays : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

☑ domicile : .....

☑ professionnel du père : ..... ☑ professionnel de la mère : .....

☑ portable du père : ..... ☑ portable de la mère : .....

Autres N° pouvant être contactés en cas d'urgence : 1..... 2.....

Courriel : ..... @ .....

**La famille :**

<u>Père :</u> Nom : ..... Prénom : ..... Profession : ..... Nationalité : .....	<u>Mère :</u> Nom de jeune fille : ..... Prénom : ..... Profession : ..... Nationalité : .....
---	--

Situation familiale :  marié     célibataire     concubin     PACS  
 séparé     divorcé     veuf     autre

\* En cas de divorce ou de séparation, fournir une copie de la décision du juge des affaires familiales \*

**Fratrie (frères et sœurs) :**

Nom	Prénom	Date de naissance	Activité (écolier, collégien, lycéen, étudiant, vie active) + éts scolaire

**Scolarité antérieure :**

Année scolaire	Établissement	Classe

**Inscription :**

Rentrée à l'école le : ..... filière bilingue :  OUI     NON

### Régime alimentaire particulier :

Pas de régime       sans porc       autre (préciser).....

### Santé :

Médecin traitant : ..... Commune : ..... ☎ : .....

Antécédents médicaux antérieurs à prendre en compte dans le cadre scolaire ( ne relevant pas du secret médical) : .....

Allergies : .....

Vaccinations : Fournir une photocopie des pages « Vaccinations » du carnet de santé.

### Délégation de pouvoir en cas d'urgence

Je soussigné(e) : M Mme Mlle .....

Adresse : ..... Code Postal : ..... Commune : .....

autorise la directrice de l'école Notre Dame (ou son représentant mandaté) qui scolarise mon enfant

..... né(e) le ..... à.....

à prendre en cas d'urgence et dans l'impossibilité de me joindre toutes décisions de transport, d'hospitalisation et d'interventions chirurgicales jugées indispensables et urgentes par le médecin référent ou par le praticien hospitalier.

**En cas d'urgence mon enfant sera transporté :**  au Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique à Vannes

à l'hôpital privé Océane

Cette délégation vaudra (sauf avis contraire notifié par écrit) tant que mon enfant sera scolarisé à l'école Notre Dame.

Porter la mention « lu et approuvé » et signature du représentant légal

### Autorisation de prise de photos dans le cadre scolaire

Nous autorisons

Nous n'autorisons pas

l'école Notre Dame à prendre en photos notre enfant .....dans le cadre de la classe, pour leur publication éventuelle dans la presse locale, les communications de l'établissement (site internet, journal de classe, publications de l'établissement) et autres médias autorisés par l'école.

Signature du représentant légal

### Officialisation :

Je, soussigné(e) M Mme Mlle .....

atteste avoir pris connaissances des informations générales de l'école Notre Dame de Saint-Avé et y inscrit mon enfant ..... J'accepte le règlement intérieur.

L'école Notre Dame est une école catholique qui assure une heure de catéchèse par semaine dans toutes les classes.

Fait à ..... le .....

Signature du représentant légal