



Nom de l'enfant: **Prénom(s) de l'enfant :**

Adresse :

Code postal : **Commune :**

Sexe : F ou M

Aîné : oui / non

Né(e) le __ / __ / 20 __

à

Dép. :

FILIÈRE MONOLINGUE

FILIÈRE BILINGUE (FRANÇAIS/BRETON)

Précisez la classe <i>Cochez la case</i>	PS TPS/PS	MS	GS
--	----------------------------	-----------	-----------

Précisez la classe <i>Cochez la case</i>	PS TPS/PS	MS	GS
--	----------------------------	-----------	-----------

Précisez la date de rentrée	septembre	novembre	janvier	autre
------------------------------------	-----------	----------	---------	-------

Précisez la date de rentrée	septembre	novembre	janvier	autre
------------------------------------	-----------	----------	---------	-------

École d'origine :
(si votre enfant a déjà été scolarisé)

École d'origine :
(si votre enfant a déjà été scolarisé)

En qualité de : Demi- Pensionnaire ou Externe (barrez la mention inutile)
Lundi : Mardi : Jeudi : Vendredi :

Responsable 1 : Père/Mère/Tuteur :

Nom, prénom :

Né(e) le :

Adresse si différente de celle de l'enfant :

.....
.....

Profession :

Dans l'entreprise :

.....
Téléphone fixe :

Portable:

Lieu de travail :

Téléphone du travail :

Mail :@.....

Situation maritale :

Responsable 2 : Père/Mère/Tuteur :

Nom, prénom :

Né(e) le :

Adresse si différente de celle de l'enfant :

.....
.....

Profession :

Dans l'entreprise :

.....
Téléphone fixe :

Portable:

Lieu de travail :

Téléphone du travail :

Mail :@.....

Mode de paiement :

IBAN (Remplir le Mandat Sepa ci-joint et joindre un RIB):

FR _ _ _ _ _

Autres enfants (scolarisés ou non scolarisés)

Nom, prénom	Né(e) le	Etablissement fréquenté

Personnes à contacter en cas d'absence des parents :

M – Mme Téléphone : Lien de parenté :

M – Mme Téléphone : Lien de parenté :

Personnes autorisées à prendre votre enfant :

M – Mme Téléphone : Lien de parenté :

M – Mme Téléphone : Lien de parenté :

M – Mme Téléphone : Lien de parenté :

Médecin traitant :

Nom : Téléphone :

Vaccinations obligatoires : (Indiquer les dates du carnet de santé et joindre une photocopie)

DT Polio ou équivalent à jour au //.....

Problèmes particuliers de l'enfant :

- Traitement médical :

.....

- Allergies :

.....

- Précautions particulières :

.....

- Aide à la scolarité : CMPP ou CMPI orthophoniste autre : (précisez)

Droit à l'image : Cahier de vie OUI NON

Presse OUI NON

Internet OUI NON

En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies soient utilisées, exploitées, traitées pour permettre de me recontacter, m'envoyer des mails, strictement dans le cadre de la scolarité de mon enfant.

Le....., à

Signature Responsable :