



Ecole Notre Dame
5 rue du calvaire Saint-Émilien
44130 BLAIN
tél : 02.40.87.12.07
a.audo@ecole-nd-blain.fr

Année scolaire 2020-2021



Fiche de renseignements

L'école Notre Dame traite les données recueillies pour la gestion de l'inscription dans l'établissement.

Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous à la notice ci-jointe.

ÉLÈVE

NOM : Prénom :

Sexe : masculin - féminin

Né(e) le : à :

Adresse :

RESPONSABLES LÉGAUX

Situation familiale : marié(s) pacsé(s) vivant en couple célibataire divorcé(s) séparé(s) veuf

Père – Tuteur – Autre (préciser) :

NOM :

Prénom :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Date de naissance :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Adresse mail :

Profession :

PCS (voir tableau de référence) : [][]

Entreprise :

Téléphone travail :

Mère – Tutrice – Autre (préciser) :

NOM :

NOM de jeune fille :

Prénom :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Date de naissance :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Adresse mail :

Profession :

PCS (voir tableau de référence) : [][]

Entreprise :

Téléphone travail :

En cas de séparation, coordonnées du conjoint avec lequel vit le responsable de l'élève.

NOM Prénom:

Téléphone portable :

NOM Prénom:

Téléphone portable :

Si votre situation familiale nécessite l'envoi d'un deuxième bulletin scolaire, cochez à quelle adresse il doit être envoyé :

père - mère - autre (adresse :)

FAMILLE

Nombre d'enfants dans la famille : Rang dans la fratrie :

Frères et sœurs :

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../..... Sexe : masculin - féminin

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../..... Sexe : masculin - féminin

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../..... Sexe : masculin - féminin

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../..... Sexe : masculin - féminin

SANTÉ DE L'ÉLÈVE

Observations particulières concernant l'état de santé de l'enfant (port de lunettes, allergies, diabète, asthme...) :

.....
.....

PAI PPRE ESS AVSI Dossier MDPH : en cours déjà instruit

Suivi psychologique : nom, adresse, téléphone du psychologue :

Suivi orthophonique : nom, adresse, téléphone de l'orthophoniste :

Suivi par un éducateur(trice) : nom, adresse, téléphone :

Suivi psychomoteur : nom, adresse, téléphone :

Suivi orthoptiste : nom, adresse, téléphone :

J'autorise l'établissement à entrer en contact avec ces professionnels

Je n'autorise pas l'établissement à entrer en contact avec ces professionnels

PERSONNES AUTORISÉES À RECONDUIRE L'ENFANT

L'enfant quitte l'école :

seul (CP au CM2 seulement, une carte de sortie sera délivrée)

sous la responsabilité du plus âgé

avec ses parents

en car

accompagné(e) par les personnes dont les noms suivent :

NOM

PRENOM

QUALITE (voisin, parent...)

.....
.....
.....
.....
.....

INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES

Garderie matin : toujours - jamais - occasionnellement (lundi - mardi - jeudi - vendredi)

Garderie soir : toujours - jamais - occasionnellement (lundi - mardi - jeudi - vendredi)

Cantine : toujours - jamais - occasionnellement (lundi - mardi - jeudi - vendredi)

Transport scolaire matin : toujours - jamais - occasionnellement (lundi - mardi - jeudi - vendredi)

Transport scolaire soir : toujours - jamais - occasionnellement (lundi - mardi - jeudi - vendredi)

CONTRIBUTIONS SCOLAIRES

Choix du tarif : tarif mensuel de base (28,50 € par mois)

tarif mensuel de soutien n°1 (30 € par mois)

tarif mensuel de soutien n°2 (35 € par mois)

ne désire pas cotiser à l'APEL

En cas de modification de coordonnées bancaires, merci de bien vouloir prendre contact avec le chef d'établissement.

DROIT À L'IMAGE

AUTORISONS OUI NON

Autorisons, conformément à la loi, article 9 du code civil sur le « droit à l'image et au son » et à l'article 121-2 du code de « la propriété intellectuelle », la prise de vue et l'utilisation de photographies, films et œuvres originaux de notre enfant, réalisées dans le cadre scolaire, sous la responsabilité du chef d'établissement et de l'équipe éducative et à les publier éventuellement, dans les conditions énoncées dans la notice d'information ci-jointe.

AUTORISATION D'URGENCE ET DÉLÉGATION DE POUVOIR

AUTORISONS OUI NON

Autorisons le chef d'établissement ou la personne ayant délégation à prendre en cas d'urgence toute décision de transport, d'hospitalisation ou d'intervention clinique jugée indispensable et urgente concernant l'état de santé de notre enfant.

Fait à, le

Signature du représentant légal

Père ou tuteur

Mère ou tutrice