

DEMANDE D'INSCRIPTION POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2019-2020

Photo

Demande d'entrée en classe de : _____

Internat souhaité : Oui Non

RENSEIGNEMENTS ELEVE

Nom – Prénom : _____ Sexe : Masculin Féminin
 Né(e) le ___/___/___ à _____ Dépt : _____ Nationalité : _____
 Nom et adresse de l'établissement actuel : _____ N° RNE : _____
 Public Privé _____ N° INE : _____
 Classe fréquentée actuellement : _____ Classe (s) doublées(s) : _____
 Langues Vivantes étudiées : Anglais Allemand Espagnol Autres : _____
 Votre enfant bénéficie d'un suivi particulier (MDPH, PAI, PAP, ...) : _____
 Vous demandez une inscription dans un établissement catholique d'enseignement, précisez, si vous le souhaitez, la religion de votre enfant : _____ . Votre enfant est baptisé : Oui Non

RENSEIGNEMENTS FAMILLE

Responsable légal : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Co-Responsable : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
NOM – Prénom : _____	NOM – Prénom : _____
NOM de naissance (si différent) : _____	NOM de naissance (si différent) : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tel domicile : _____ LR : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Tel domicile : _____ LR : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tel mobile : _____	Tel mobile : _____
Adresse courriel : _____	Adresse courriel : _____
Profession : _____	Profession : _____
En activité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si NON, motif) _____	En activité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si NON, motif) _____
Nom et adresse de l'employeur : _____	Nom et adresse de l'employeur : _____
Téléphone lieu de travail : _____	Téléphone lieu de travail : _____
Situation familiale : <input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Lieux de résidence de l'élève : <input type="checkbox"/> Chez Monsieur <input type="checkbox"/> Chez Madame <input type="checkbox"/> Autre : _____	

NOM Prénom des frères et sœurs	Né(e) le	A charge	Nom de l'établissement scolaire	Public	Privé
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Date et signature des parents :