

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



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

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

Situation familiale : Mariés Divorcés Séparés Célibataire Autre : _____
 Lieux de résidence de l'élève : Chez Monsieur Chez Madame 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			

Date et signature des parents :