

ECOLE PRIVÉE SAINT-CHRISTOPHE
 Sous contrat d'association (code RNE : 0750263D)
 82, rue de l'Abbé Groult
 75015 PARIS
 Tel : 01 48 28 38 57
 Courriel : secretariat@ecolesaintchristophe.com

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Madame IRIGARAY TORTOCHOT 1/2
Chef d'établissement

Merci de répondre complètement et lisiblement à toutes les questions

Année scolaire 2026-2027

Elève : NOM : Prénom : Né(e)le : à Paris Nationalité : code postal :		Demande d'inscription en classe de: (Sous réserve de la décision du conseil cycle de l'année antérieure).
Santé : Date du dernier vaccin DT polio : Observations (asthme, allergies, traitements, précautions...): Médecin traitant: Nom: Téléphone:		Établissement précédent : Nom: Ville: Classe: Classe redoublée :
Les frères et sœurs: prénom(s) et année(s) de naissance		
Les parents: Situation familiale: mariés <input type="checkbox"/> autre: <input type="checkbox"/> merci de préciser		
Nom du père : Prénom : Adresse : Ville : Profession : téléphone(s) :		Nom de jeune fille de la mère : Prénom : Adresse : Ville : code postal : Profession : téléphone(s) : portable : téléphone pro : portable :
Adresse e-mail : Nom du/de la/des/ Responsable(s) de l'élève : mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> autre : (préciser)		
Lieu de vie de l'enfant:		N° de sécurité sociale du responsable : Nom du centre : adresse du centre : Ville :
Nous reconnaissons avoir eu les conditions financières de la scolarité A le:		Autorisations et informations complémentaires et légales au dos du document. Signature : Père et Signature: Mère

Elève :	Pénom:	Classe:
NOM :		
Suivi spécifique(orthophonie, psychomotricité...):	nature:	
Nom du spécialiste:.....		
Autorisations de prise en charge à la sortie de l'école autres que le père et/ou la mère		
Nom:.....	Qualité:.....	
Nom:.....	Qualité:.....	
Nom:.....	Qualité:.....	
Nom:.....	Qualité:.....	
Autorisations photos:	Autorise(nt):	N'autorise(nt) pas que notre enfant soit photographié ou filmé dans le cadre scolaire de cette année (goûters, sorties, anniversaires...)
Informations et mentions légales:		
<p>1) Un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux -ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible (art.R4127-42 du code de santé publique).</p>		
<p>2) Les informations recueillies ici sont obligatoires pour toute demande d'inscription dans l'établissement. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont conservées conformément à la loi, au départ de l'élève, dans les archives de l'établissement. Vos coordonnées et celles relatives à votre enfant seront transmises, aux organismes suivants de l'Enseignement catholique ou à certaines collectivités territoriales:</p> <ul style="list-style-type: none"> •au Secrétariat Général de l'Enseignement Catholique dans le cadre de la gestion interne de l'Enseignement Catholique et de la remontée des données qui doit être faite au Ministère de l'Education nationale à des fins de recensement des effectifs; •à l'Association Gabriel (Gestion Associée des Bases et Réseaux d'Information de l'Enseignement Libre) tenant à jour le référentiel des données de l'enseignement catholique. <p>Via cette base de données, les coordonnées de l'élève sont transmises à l'APEL, association des parents d'élèves de l'enseignement libre, lorsque vous êtes adhérent.</p> <p>à cette association aux directions diocésaines à des fins statistiques et pour la gestion des établissements de leur ressort.</p>		
<p>3) Une photo d'identité numérisée sera conservée par l'établissement pour l'année en cours; elle ne sera jamais communiquée à des tiers.</p>		