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 2027-2028

Élève :
NOM : Nationalité :
Prénom :
Né(e)le : à Paris 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: code postal:
Classe:
Classe redoublée :

Les frères et sœurs: prénom(s) et année(s) de naissance

Les parents: Situation familiale: mariés ☐ autre: ☐ merci de préciser …….

Nom du père :
Prénom :
Adresse :
Ville : code postal :

Profession : téléphone pro:
téléphone(s) : portable:

Adresse e-mail :

Nom de jeune fille de la mère :
Prénom :
Adresse :
Ville : code postal :

Profession : téléphone pro :
téléphone(s) : portable :

Adresse e-mail :

Nom du/de la/des/ Responsable(s) de l'élève :
mère ☐ *père* ☐ *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**

Élève :

NOM : Prénom: Classe: CE2

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:

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'intéréssé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible (art.R4127-42 du code de santé publique).

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:

- 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.

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. à cette association aux directions diocésaines à des fins statistiques et pour la gestion des établissements de leur ressort.

3) Une photo d'identité numérisée sera conservée par l'établissement pour l'année en cours; elle ne sera jamais communiquée à des tiers.