

ÉCOLE 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 Chef d'établissement 1/2	
		<i>Merci de répondre complètement et lisiblement à toutes les questions</i>		Année scolaire 2027-2028	
<u>Élève :</u> NOM : Prénom : Né(e)le : à Paris code postal :		<u>Demande d'inscription en classe de: CE2</u> (Sous réserve de la décision du conseil cycle de l'année antérieure).			
<u>Santé :</u> Date du dernier vaccin DT polio : Observations (asthme, allergies, traitements, précautions...): Médecin traitant: Nom: Téléphone:		<u>Établissement précédent :</u> Nom: Ville: code postal: Classe: Classe redoublée :			
<u>Les frères et sœurs:</u> prénom(s) et année(s) de naissance					
<u>Les parents:</u> Situation familiale: mariés ☐ autre: ☐ merci de préciser					
Nom du père : Prénom : Adresse : Ville : code postal : Profession : téléphone(s) : Adresse e-mail :		Nom de jeune fille de la mère : Prénom : Adresse : Ville : code postal : Profession : téléphone(s) : Adresse e-mail :			
<u>Nom du/de la/des/ Responsable(s) de l'élève :</u> mère ☐ père ☐ autre : (préciser)		<u>N° de sécurité sociale du responsable :</u> Nom du centre : adresse du centre : Ville :			
<u>Lieu de vie de l'enfant:</u>					
Nous reconnaissons avoir eu les conditions financières de la scolarité		<u>Autorisations et informations complémentaires et légales au dos du document.</u>			
A le:		Signature : Père et Signature: Mère			

Élève :		2/2
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'intéressé 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.		