



ECOLE NOTRE DAME DE GRACE

25 route de Guengat

29700 PLUGUFFAN

Tel : 02 98 94 04 33



Mail : eco29.nd-graces.pluguffan@enseignement-catholique.bzh

Web : <http://www.ecolenotredame-pluguffan.com/>

Nom de l'enfant : _____

Prénoms : _____

Sexe : Masculin – Féminin (rayer la mention inutile)

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance _____

Département : _____ N° _____

Pays : _____ Nationalité : _____

Pupille de la nation : oui-non Orphelin : oui-non

SCOLARITE ANTERIEURE

Année	Classes	Etablissements fréquentés – villes
2020-2021	_____	_____
2019-2020	_____	_____
2018-2019	_____	_____
2017-2018	_____	_____

INSCRIPTION POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2022-2023

En classe de _____ maintien oui non (1)

Régime

Externe

Demi-pensionnaire : Lundi Mardi Jeudi Vendredi (1)

Inscription en cours d'année : date d'entrée ____ / ____ / ____

(1) Cocher la case correspondante

RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

Responsable LEGAL de l'élève :

Père et mère Père seul Mère seule Autre- à préciser _____

Situation familiale du (des) responsable(s) légal(aux) de l'élève :

Marié Pacsé Concubinage Veuf Divorcé Séparé Célibataire

Résidence de l'élève : Chez le père Chez la mère Garde alternée Autre-à préciser _____

Remarque importante : Dans le cas de parents divorcés ou séparés, il est impératif de mentionner les deux adresses sauf si une décision de justice est intervenue privant un des parents de ses droits sur l'enfant. Dans ce cas, joindre une photocopie du document l'attestant. Merci de votre compréhension.

PERE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Tél domicile :/...../...../..... /...../.....

Profession :

Catégorie socio-professionnelle - code (voir ci-dessous) :

Entreprise et adresse :

Tél travail :/...../..... /.....

Tél portable :/...../..... /.....

e-mail :@.....

MERE

Nom marital :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Tél domicile :/...../...../..... /...../.....

Profession :

Catégorie socio-professionnelle - code (voir ci-dessous) :

Entreprise et adresse :

Tél travail :/...../...../..... /.....

Tél portable :/...../..... /.....

e-mail :@.....

Liste des catégories socio-professionnelles

CODE	LIBELLE	CODE	LIBELLE
10	Agriculteur exploitant	55	Employé de commerce
21	Artisan	56	Personnel des services directs aux particuliers
22	Commerçant	62	Ouvrier qualifié dans l'industrie
23	Chef d'entreprise 10 salariés ou plus	63	Ouvrier qualifié dans l'artisanat
31	Profession libérale	64	Chauffeur
33	Cadre de la fonction publique	65	Ouvrier qualifié de la manutention, magasinage et transport
34	Professeur / Profession scientifique	67	Ouvrier non qualifié dans l'industrie
35	Profession information-arts-spectacles	68	Ouvrier non qualifié dans l'artisanat
37	Cadre administratif / commercial d'entreprise	69	Ouvrier agricole
38	Ingénieurs et Cadre technique d'entreprise	71	Retraité agriculteur exploitant
42	Professeur des écoles / instituteur	72	Retraité artisan-commerçant-chef d'entreprise
43	Profession intermédiaire de la santé et du travail social	74	Retraité cadre
44	Clergé / Religieux	75	Retraité profession intermédiaire
45	Profession intermédiaire administrative de la fonction publique	77	Retraité employé
46	Profession Intermédiaire administrative et commerciale d'entreprise	78	Retraité ouvrier
47	Technicien	81	Chômeur n'ayant jamais travaillé
48	Contremaîtres / agent de maîtrise	83	Militaire du contingent
52	Employé civil / agent de service de la fonction publique	84	Elève / Etudiant
53	Policier / militaire	85	Sans profession - 60 ans (hors retraité)
54	Employé administratif d'entreprise	86	Sans profession + 60 ans (hors retraité)
		99	Non renseignée (inconnue ou sans objet)

FRERES ET SCEURS

Nom	Prénom	Date de naissance	Classe et établissement fréquenté

AMENAGEMENT DE SCOLARITE

Votre enfant bénéficie-t-il d'un aménagement particulier ? oui non
Si oui (joindre impérativement une copie), lequel :
 PAI (Projet d'accueil individualisé)
 PPRE (Programme personnalisé de réussite éducative)
 PAP (Projet d'accompagnement personnalisé)
 PPS (Projet personnalisé de scolarisation)
Allergie alimentaire : oui (prendre directement contact avec l'établissement) non
A préciser _____

Régime alimentaire : sans porc oui non Autre régime : _____

Merci de noter tout renseignement utile concernant la santé de l'enfant (problème de santé, allergies,....)
Port de lunettes : toute la journée en classe seulement
Suivi orthophonique ou psychologique ou autres (fréquence) _____

Nom du spécialiste : _____ Autorisez-vous l'école à le contacter : oui non
Nom du médecin : _____ Tel : _____

Votre enfant bénéficie-t-il d'un accompagnement AVS ? oui non
si oui demande de matériel demande d'AVS

En cas d'accident ou problème de santé grave, il sera fait appel aux services d'urgence (SAMU, pompiers).

Autorisations parentales
Je soussigné(e) autorise mon fils-ma fille à participer à toutes les sorties pédagogiques et culturelles organisées par l'école notre Dame Des Grâces de Pluguffan.

J'autorise les responsables à prendre, en cas d'urgence, toutes décisions de transport, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale jugées indispensables par le médecin appelé, en raison de l'état de santé de mon enfant.

Je m'engage à rembourser à l'école les frais médicaux et pharmaceutiques, et en cas d'hospitalisation de mon enfant, je m'engage à les prendre en charge.

DATES DE VACCINATION DE L'ENFANT

	Date	Date	Date
BCC			
PENTACOQ			
Infections invasives à pneumocoques			
Hépatite B			
Rougeole, Oreillons, Rubéole			
Méningite			

PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE

M _____	tel _____
M _____	tel _____
M _____	tel _____
M _____	tel _____
L'élève est-il autorisé à rentrer seul ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

REGLEMENT DES FACTURES

Payeur principal <input type="checkbox"/> Père et Mère <input type="checkbox"/> Père <u>seul</u> <input type="checkbox"/> Mère <u>seule</u> Autre-à préciser _____
Le règlement par prélèvement mensuel est demandé, (merci de fournir pour la secrétaire comptable un mandat SEPA avec un RIB complet).

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

<input type="checkbox"/> Photocopie intégrale du livret de famille
<input type="checkbox"/> Pour les parents séparés ou divorcés : copie de l'extrait de jugement qui justifie de l'autorité parentale et du lieu de résidence de l'enfant
<input type="checkbox"/> Photocopie du carnet de vaccinations
<input type="checkbox"/> Certificat de radiation en cas de changement d'école (à demander à l'ancien établissement)
<input type="checkbox"/> Résultats scolaires (le dossier scolaire peut être transmis directement par l'école, toutefois il arrive qu'ils soit remis à la famille au départ de l'élève, dans ce cas, merci de nous le transmettre)

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) _____, représentant légal, atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier.
Fait à : _____ le ____ / ____ / ____
Signature