Ecole St Martin
6 rue de Vern
35410 Nouvoitou
tél : 02.99.37.40.76
eco35.st-martin.nouvoitou@e-c.bzh

Année scolaire 2023-2024

Fiche de renseignements

L'école St Martin traite les données recueillies pour la gestion de l'inscription dans l'établissement.
Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous à la notice ci-jointe.

ÉLÈVE

NOM : ..... Prénom : .....

Sexe : ☐masculin-☐féminin

Né(e) le : ..... à : .....

Adresse : .....

RESPONSABLES LÉGAUX

Situation familiale : ☐ marié(s) ☐ pacsé(s) ☐ vivant en couple ☐ célibataire ☐ divorcé(s) ☐ séparé(s) ☐ veuf

Père – Tuteur – Autre (préciser) :

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : .....

.....

Date de naissance : .....

Téléphone domicile : .....

Téléphone portable : .....

Adresse mail : .....

Profession : .....

PCS (voir tableau de référence) : |_|_|

Entreprise : .....

Téléphone travail : .....

Mère – Tutrice – Autre (préciser) :

NOM : .....

NOM de jeune fille : .....

Prénom : .....

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : .....

.....

Date de naissance : .....

Téléphone domicile : .....

Téléphone portable : .....

Adresse mail : .....

Profession : .....

PCS (voir tableau de référence) : |_|_|

Entreprise : .....

Téléphone travail : .....

En cas de séparation, coordonnées du conjoint avec lequel vit le responsable de l'élève.

NOM Prénom:.....

Téléphone portable : .....

NOM Prénom:.....

Téléphone portable : .....

FAMILLE

Nombre d'enfants dans la famille :..... Rang dans la fratrie : .....

Frères et sœurs :

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../..... Sexe : ☐ masculin - ☐ féminin

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../..... Sexe : ☐ masculin - ☐ féminin

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../..... Sexe : ☐ masculin - ☐ féminin

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../..... Sexe : ☐ masculin - ☐ féminin

SANTÉ DE L'ÉLÈVE

Observations particulières concernant l'état de santé de l'enfant (port de lunettes, allergies, diabète, asthme…) :

.....

.....

☐ PAI Dossier MDPH : ☐ en cours ☐ déjà instruit

☐ Suivi psychologique : nom, adresse, téléphone du psychologue : .....

☐ Suivi orthophonique : nom, adresse, téléphone de l'orthophoniste : .....

☐ Suivi par un éducateur(trice) : nom, adresse, téléphone : .....

☐ Suivi psychomoteur : nom, adresse, téléphone : .....

☐ Suivi orthoptiste : nom, adresse, téléphone : .....

☐ J'autorise l'établissement à entrer en contact avec ces professionnels

☐ Je n'autorise pas l'établissement à entrer en contact avec ces professionnels

PERSONNES AUTORISÉES À RECONDUIRE L'ENFANT

L'enfant quitte l'école :

☐ seul (CP au CM2 seulement, une carte de sortie sera délivrée)

☐ sous la responsabilité du plus âgé

☐ avec ses parents

☐ accompagné(e) par les personnes dont les noms suivent :

NOM	PRENOM	QUALITE (voisin, parent...)
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

CONTRIBUTIONS SCOLAIRES

Choix du tarif : ☐ tarif minoré (29 € par mois)

☐tarif de base (30 € par mois)

☐tarif de soutien (31,50 € par mois)

En cas de modification de coordonnées bancaires, merci de bien vouloir prendre contact avec le chef d'établissement.

DROIT À L'IMAGE

AUTORISONS ☐OUI ☐NON

Autorisons, conformément à la loi, article 9 du code civil sur le « droit à l'image et au son » et à l'article 121-2 du code de « la propriété intellectuelle », la prise de vue et l'utilisation de photographies, films et œuvres originaux de notre enfant, réalisées dans le cadre scolaire, sous la responsabilité du chef d'établissement et de l'équipe éducative et à les publier éventuellement, dans les conditions énoncées dans la notice d'information ci-jointe.

AUTORISATION D'URGENCE ET DÉLÉGATION DE POUVOIR

AUTORISONS ☐OUI ☐NON

Autorisons le chef d'établissement ou la personne ayant délégation à prendre, en cas d'urgence et en cas d'impossibilité de nous joindre, toute décision de transport, d'hospitalisation ou d'interventions cliniques jugées indispensables et urgente par le médecin appelé concernant l'état de santé de notre enfant.

AUTORISATION SORTIES SCOLAIRES

AUTORISONS ☐OUI ☐NON

Autorisons notre enfant à participer à toutes les sorties et activités sportives et culturelles de l'école, à participer aux séances de natation .

Nous reconnaissons avoir reçu par mail le contrat de scolarisation, le règlement financier, la notice d'information RGPD, la notice d'information concernant le comprimé d'iode, le règlement de la garderie, la plaquette d'information de l'assurance scolaire.

Fait à ....., le .....

Signature du représentant légal

Père ou tuteur Mère ou tutrice