



# DOSSIER D'INSCRIPTION

## ECOLE SACRÉ COEUR

31 avenue de la Marne – 56100 LORIENT

☎ 02 97 64 43 95

✉ [eco56.sc.lorient@enseignement-catholique.bzh](mailto:eco56.sc.lorient@enseignement-catholique.bzh)

🌐 [www.ecole-sacre-coeur-lorient.com](http://www.ecole-sacre-coeur-lorient.com)

### Pièces à fournir :

- ✓ Le dossier d'inscription dûment complété et signé
- ✓ Une copie du livret de famille
- ✓ Une copie du carnet de vaccination
- ✓ Le mandat de prélèvement complété et votre RIB
- ✓ Une attestation d'assurance scolaire
- ✓ Le certificat de radiation si votre enfant vient d'un autre établissement scolaire
- ✓ Le dossier scolaire
- ✓ Au besoin : copie du jugement relatif à l'exercice de l'autorité parentale

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## ECOLE SACRÉ COEUR

Nom : Prénom : Fille  Garçon

Classe souhaitée : Date d'entrée souhaitée :

Ecole précédente :

Date de naissance :

Ville de naissance (+ arrondissement) :

| Responsables légaux   | Responsable 1 (payeur) | Responsable 2 |
|---|------------------------|---------------|
| Nom - Prénom  |                        |               |
| Adresse – CP - Ville  |                        |               |
| Profession  |                        |               |
|  Portable       |                        |               |
|  Professionnel |                        |               |
| Mail ( <u>impératif</u> )   |                        |               |

Situation familiale : marié – marital – divorcé – séparé – mère seule – père seul

### Enfants de la famille

Prénom

Nom

Date de naissance

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... |

### Personnes à contacter en cas d'urgence (en dehors des parents)

| Nom Prénom | Lien de parenté | Téléphone |
|------------|-----------------|-----------|
|            |                 |           |
|            |                 |           |
|            |                 |           |

# Cursus scolaire

| Année scolaire | Etablissement | Classe |
|----------------|---------------|--------|
|                |               |        |
|                |               |        |

| Bilan                | Année de réalisation | Aides         | Année de réalisation |
|----------------------|----------------------|---------------|----------------------|
| Orthophonie          |                      | PAI           |                      |
| Psychologue scolaire |                      | PPRE          |                      |
| AESH                 |                      | APC (soutien) |                      |

## Santé

Allergies – contre-indications – traitements de longue durée – etc...

.....  
.....  
.....

Coordonnées du médecin traitant :

## Autorisations

Mr et/ou Mme .....autorise(nt) :

- l'équipe enseignante de l'école à prendre, sur avis médical en cas de maladie ou d'accident de mon enfant, toutes les mesures d'urgence tant médicales que chirurgicales y compris éventuellement l'hospitalisation.
- mon enfant à utiliser les transports de l'école pour toutes destinations (sorties scolaires, classe découverte, rencontre sportive, piscine ...etc).
- mon enfant à sortir seul de l'école.
- tout membre de l'équipe éducative, à prendre mon enfant en photo dans le cadre des activités scolaires et à diffuser les photos sur notre site internet et auprès des journaux locaux.
- l'école (direction, secrétariat, enseignant, site internet) à envoyer des messages sur votre adresse mail
- les personnes suivantes à prendre mon enfant à la sortie des classes :

| Nom – Prénom – lien de parenté | Téléphone |
|--------------------------------|-----------|
|                                |           |
|                                |           |
|                                |           |
|                                |           |

A....., le.....

Signature des responsables légaux précédée de la mention « lu et approuvé » :

