

Fiche d'inscription



École Primaire St Joseph

Rue Quintin
56 250 Elven

T : 02 - 97 - 53 - 30 - 94

Fax : 02 - 97 - 53 - 31 - 86

e-mail: ecole.stjo.elven@free.fr

site web : www.ecole-stjoseph-elven.org



Élève :

Nom:..... Prénom:.....

Sexe: F • G

Date de naissance:..... Lieu:..... Dépt:.....

Dernière école fréquentée(ville+ nom de l'école):..... Dernière classe fréquentée:.....

Sur l'école : garderie le matin(7h15 à 8h30) et le soir(16h50 à 19h15)

Situation familiale :

Père: Nom:..... Prénom:.....

Profession et lieu de travail: ☎:.....

Mère: Nom:..... Prénom:.....

Profession et lieu de travail: ☎:.....

Situation familiale: (mariage-pacs- décès - séparation - divorce).....

Adresse des parents: N°:..... Rue:.....

Code Postal:..... Ville:..... ☎ (domicile):

E-mail:

Si parents séparés : mode de garde :

Adresse du père : N°:..... Rue:.....

Code Postal:..... Ville:..... ☎ (domicile):

E-mail:..... ☎(portable):

Adresse de la mère : N°:..... Rue:.....

Code Postal:..... Ville:..... ☎ (domicile):

E-mail:..... ☎(portable):



Ecole St Joseph - 56250 Elven

☎ : 02 - 97 - 53 - 30 - 94 - e-mail: ecole.stjo.elven@free.fr



Frères et sœurs :

Nom	Prénom	Date de naissance	Scolarité	Si présent à l'école St Joseph merci de préciser la classe

Personnes autorisées à reconduire l'enfant :

L'enfant quitte l'école, le midi ou le soir: seul (enfant seul) c en car
 sous la responsabilité de plus âgé
 avec ses parents
 accompagné(e) par les personnes
dont les noms suivent:

Nom	Prénom	Qualité (voisin, grands-parents...)

Délégation de pouvoir en cas d'urgence

Je soussigné(e).....demeurant
à.....
.....autorise Mr Lessard Ronan directeur de L'école St Joseph ou en son absence, l'un des
enseignants présents à prendre , EN CAS D'URGENCE, toutes les décisions de transport, d'hospitalisation ou
d'interventions cliniques jugées indispensables et urgentes par le médecin appelé et ce seulement en cas
d'impossibilité absolue de me joindre(ou mon conjoint) ou d'obtenir l'avis du
médecin de famille. La présente autorisation vaut pour mon
enfant.....né(e)le

Cette délégation vaudra, sauf avis contraire notifié par écrit, tant que cet enfant
restera élève de l'école St Joseph.

Fait à Elven, le.....

Signature :

Nom du médecin de famille :..... ☎:.....

P.S: Pour toute inscription veuillez joindre un certificat de vaccinations ou la
photocopie de la feuille du carnet de santé de l'enfant récapitulant les vaccins
effectués ainsi qu'une photocopie du livret de famille. merci



Ecole St Joseph - 56250 Elven

☎: 02 - 97 - 53 - 30 - 94 -e-mail:ecole.stjo.elven@free.fr

