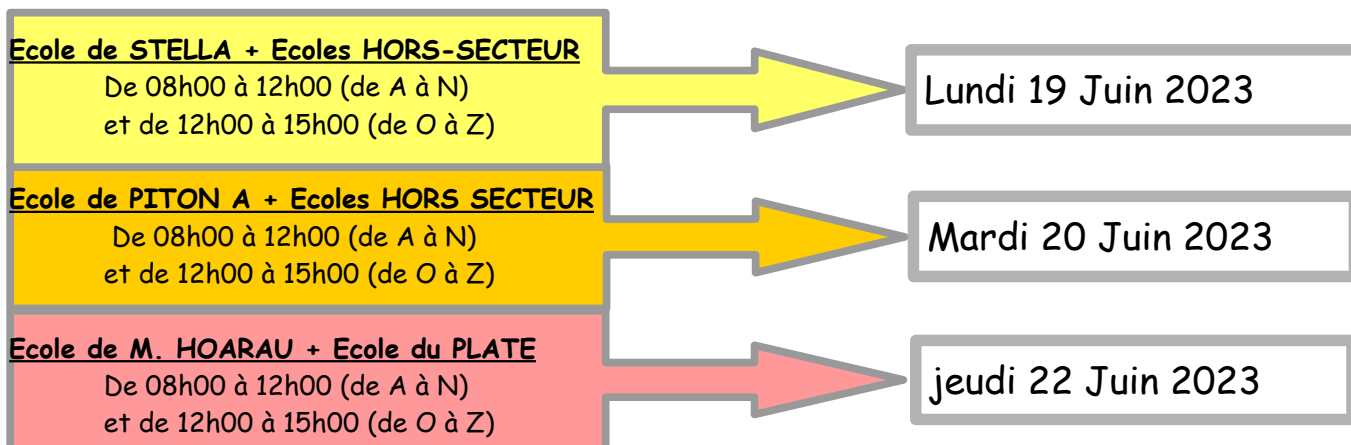




2, RUE JULIEN DUPONT – BP 10
97424 LE PITON ST LEU
Email: ce.9740546a@ac-reunion.fr
Tél : 0262 34 31 71
Fax : 0262 34 18 60

INSCRIPTIONS EN 6^{ème} Rentrée Scolaire 2023-2024



PIECES à FOURNIR :

- Fiche de renseignements recto-verso dûment complétée
- Livret de famille + Photocopie du livret de famille (parents + enfant + fratrie)
- Décision du jugement (octroyant la garde de l'enfant) si nécessaire
- 4 photos d'identité récentes (nom et prénom au verso)
- Photocopie d'un justificatif d'adresse de moins de 3 mois (facture d'eau ou d'électricité)

- Adhésion au Foyer Socio-Educatif : 5 euros (facultatif)

Pour l'infirmierie :

- Carnet de santé
- Photocopies des vaccinations
- Fiche infirmerie
- P.A.I. ou autre document nécessaire au suivi santé de l'enfant

IMPORTANT :

L'inscription de l'élève doit être faite par un RESPONSABLE LEGAL.

→ Aucune autre personne ne sera acceptée.

ATTENTION : Un dossier incomplet peut suspendre l'inscription.

Merci de respecter le calendrier d'inscription (ordre alphabétique) pour éviter tout mouvement d'affluence.

La Principale
Madame Nadia MARIE-LOUISE



2, Rue Julien Dupont – BP 10
97424 – PITON St LEU
☎ : 02.62.34.31.71 / Fax : 02.62.34.18.60
E-mail : ce.9740546a@ac-reunion.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire 2023 / 2024

REGIME → EXTERNE (= EXT)
 DEMI-PENSIONNAIRE (= DP)

TRANSPORT SCOLAIRE Transporté(e) NON-Transporté(e)

Si Transporté(e) => Cochez le quartier de desserte

Bois de Nèfles Pointe au Sel Les hauts Pointe au Sel
 Chaloupe Plate Saint-Leu

AFFECTATION en → 6ème 5ème 4ème 3ème

◆ IDENTITE DE L'ELEVE :

NOM : PRENOM(S) :
Sexe : Masculin Féminin (soulignez le prénom usuel)
Date de Naissance :/...../..... Commune de Naissance :
Nationalité :

◆ SCOLARITE PRECEDENTE :

Établissement précédent : Commune :
Classe suivie : Type établissement : Privé Public
Régime : Externe Demi-pensionnaire Transport scolaire : Oui Non
1ère Langue Vivante : 2ème Langue Vivante : Latin : Oui Non

◆ RESPONSABLE LEGAL « 1 » → Lien de parenté :

NOM : PRENOM :
Adresse :
Code postal : Commune :
Téléphone PORTABLE : Téléphone FIXE :
Téléphone TRAVAIL :
COURRIEL :
Profession :

◆ RESPONSABLE LEGAL « 2 » → Lien de parenté :

NOM : PRENOM :
Adresse :
Code postal : Commune :
Téléphone PORTABLE : Téléphone FIXE :
Téléphone TRAVAIL :
COURRIEL :
Profession :

→ EN CAS DE SEPARATION, préciser si l'enfant réside :

Chez son père Chez sa mère En garde alternée En garde exclusive (préciser) :

◆ **FRERES ET SOEURS** : Total d'enfants à charge : Total enfants en collège et lycée :

Noms et Prénoms :	Établissement :	Classe :	Régimes (DP ou EXT) :
.....
.....
.....

◆ **PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (si les responsables sont injoignables) :**

Noms et Prénoms :	Lien de parenté :	Téléphone (portable, fixe...) :
.....
.....
.....
.....

◆ **EVACUATION CYCLONIQUE (décision des responsables légaux) :**

- Code 1 Mon enfant rentre à pied au domicile (seulement s'il n'y a pas de radier à traverser)
- Code 2 Mon enfant prend le transport scolaire.

Si il y a un radier à traverser sur le trajet, préciser le nom du radier :

- Code 3 Mon enfant attend au collège que quelqu'un vienne le chercher.

◆ **AUTORISATIONS DE SORTIE DE L'ETABLISSEMENT :**

→ **Si l'ELEVE est EXTERNE :**

J'**AUTORISE** mon enfant à SORTIR de l'établissement SELON SON EMPLOI DU TEMPS après sa dernière heure de cours en fin de matinée, ou en fin d'après-midi, ou si son professeur est absent en fin d'emploi du temps.

Je **N'AUTORISE PAS** mon enfant à quitter l'établissement avant la fin des cours prévus à son emploi du temps (le matin comme l'après-midi), même si un professeur est absent.

→ **Si l'ELEVE est DEMI-PENSIONNAIRE (Transporté ou Non-transporté = Bus scolaire):**

J'**AUTORISE** mon enfant à SORTIR de l'établissement SELON SON EMPLOI DU TEMPS et **APRES LE REPAS** s'il n'a plus cours l'après-midi, ou après sa dernière heure de cours de l'après-midi, ou si son professeur est absent en fin d'emploi du temps.

Je **N'AUTORISE PAS** mon enfant à quitter l'établissement avant la fin des cours prévus à son emploi du temps, même si un professeur est absent.

REMARQUES :

→ **TRANSPORTS** : Les bus déposent les élèves le matin avant 07h30 et les reprennent le soir à partir de 16h30.

Il n'y a plus de bus en journée entre 7h30 et 16h30 ni à 13h00.

→ Les élèves **EXTERNES** ne sont pas autorisés à rester dans l'établissement entre 11h45 et 13h15.

→ Il est strictement interdit aux élèves d'apporter des sandwiches ou tout autre repas dans l'établissement.

→ Une **SORTIE EXCEPTIONNELLE** doit faire l'objet d'une **DEMANDE ECRITE** de la part d'un responsable dans le cahier de liaison. L'élève doit alors déposer son cahier à la Vie Scolaire dès son arrivée pour **VALIDER** cette demande (cachet et signature Vie Scolaire) et le récupérer pour le présenter à la sortie.

Signature RESPONSABLE « 1 » :

Date :

Signature RESPONSABLE « 2 » :

Date :



2, Rue Julien Dupont – BP 10
97424 – PITON St LEU
☎ : 02.62.34.31.71/Fax : 02.62.34.18.60
E-mail : ce9740546a@ac-reunion.fr

FICHE INFIRMERIE / 2023 / 2024

Classe : 6e 5e
 4e 3e

◆ IDENTITE DE L'ELEVE :

NOM : PRENOM(S) :
 Sexe : Masculin Féminin (soulignez le prénom usuel)
 Date de Naissance :/...../..... Commune de Naissance :
 Adresse :
 Établissement précédent : Classe de l'année dernière :

◆ RENSEIGNEMENTS SANTÉ :

Médecin traitant : Téléphone :
 Antécédents médicaux et chirurgicaux :
 Allergies et maladies chroniques nécessitant un traitement au collège (aucun médicament ne peut être délivré sans ordonnance) :
 POIDS : TAILLE : D.T.P. Fait le : Port de lunettes : OUI NON
 NUMERO DE SECURITE SOCIALE :
 Mutuelle complémentaire (nom et numéro) :

Signature RESPONSABLE LEGAL : Date :



2, Rue Julien Dupont – BP 10
97424 – PITON St LEU
☎ : 02.62.34.31.71/Fax : 02.62.34.18.60
E-mail : ce9740546a@ac-reunion.fr

FICHE INFIRMERIE / 2023 / 2024

Classe : 6e 5e
 4e 3e

◆ IDENTITE DE L'ELEVE :

NOM : PRENOM(S) :
 Sexe : Masculin Féminin (soulignez le prénom usuel)
 Date de Naissance :/...../..... Commune de Naissance :
 Adresse :
 Établissement précédent : Classe de l'année dernière :

◆ RENSEIGNEMENTS SANTÉ :

Médecin traitant : Téléphone :
 Antécédents médicaux et chirurgicaux :
 Allergies et maladies chroniques nécessitant un traitement au collège (aucun médicament ne peut être délivré sans ordonnance) :
 POIDS : TAILLE : D.T.P. Fait le : Port de lunettes : OUI NON
 NUMERO DE SECURITE SOCIALE :
 Mutuelle complémentaire (nom et numéro) :

Signature RESPONSABLE LEGAL : Date :