

 E-mail : direction@saint-germain29.net

|  |  |
| --- | --- |
| **Rentrée 2020/2021****Demande d’admission en classe de****5ème** | ***Photo*** |

**Identité de l’élève :**

Nom **:** …………………………………………………………………… Prénom **:** ……………………………………………………………………………………..

Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

A : ……………………………….. N° Département : ………………………… Nationalité : ………………………………………….

Classe fréquentée l’année scolaire **2019/2020 : …………… N° INE (réservé à l’administration)**: …………………………………

Dans quel établissement (nom + commune) :………………………………………………………………………………………………………………….

Votre enfant a-t-il déjà redoublé ? : NON OUI : quelle classe ? …………………………………………………….

 **Régime scolaire :**

 Externe Demi-pensionnaire (4 repas) Demi-pensionnaire (5 repas)

**Option(s) choisie(s) :**

 Obligatoire (2,5 h) : Espagnol ou Allemand

 Facultative (1 h) : Breton ou Latin

 **Renseignements familiaux**

 Situation matrimoniale des parents : mariés séparés divorcés autres

Nombre d’enfants à charge : ------------- Nombre d’enfants du second degré (collège et/ou lycée) -----------------

|  |  |
| --- | --- |
| **Père :**  Nom :………………………………………………………………………. Prénom : …………………………………………………………………..  Adresse :………………………………………………………………….. Code postal :………………. Commune :………………………………  Téléphone fixe : \_\_\_/\_\_\_/ \_\_\_/\_\_\_/ \_\_\_/\_\_\_:/ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Téléphone portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Profession :…………………………………………………………………. Nom de l’employeur et adresse de travail :…………………………………………………………………………………………………………………………….... ………………………………………………………………………..Téléphone de travail : \_\_\_/\_\_\_/ \_\_\_/\_\_\_/ \_\_\_/\_\_\_:/ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Email personnel: ……………………………………………………………………………………………………… | **Mère :**  Nom :……………………………………………………………………… Nom de jeune fille :………………………………………………………Prénom : ………………………………………………………………….  Adresse :…………………………………………………………………. Code postal :……………… Commune :……………………………….  Téléphone fixe : \_\_\_/\_\_\_/ \_\_\_/\_\_\_/ \_\_\_/\_\_\_:/ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Téléphone portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_/ Profession :………………………………………………………………  Nom de l’employeur et adresse de travail …………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………. Téléphone de travail : \_\_\_/\_\_\_/ \_\_\_/\_\_\_/ \_\_\_/\_\_\_:/ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Email personnel: ………………………………………………………………………. |

**Adresse de résidence de l’élève :**

 au domicile **du père et de la mère** au domicile **du père** au domicile **de la mère**

Si autre domicile précisez :

Nom :………………………………………………………………………………………………...

Adresse………………………………………………………………………………………………

Code postal :…………………………….. Ville :………………………………………………

Tél domicile : \_\_\_/\_\_\_/ \_\_\_/\_\_\_/ \_\_\_/\_\_\_:/ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

**Enfant(s) dans la famille :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom/prénom | Né(e) le | Situation actuelle (Etablissement-ville) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Santé**

Votre enfant est-il (elle) à jour dans ses **vaccins** ? OUI NON, de quel(s) vaccin(s) ? ….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Votre enfant suit-il (elle), actuellement, un **traitement médical prescrit** ? NON OUI

lequel ? …………………………………………………………………

Votre enfant souffre-t-il (elle) d’une **allergie** ? NON OUI de quelle allergie ? ………………………………………..

Votre enfant suit-il (elle) un **régime alimentaire** particulier ? NON OUI, quel régime ?............................

Votre enfant présente-t-il (elle) un **problème respiratoire** ? NON OUI, de quel genre ? ……………………….

Votre enfant présente-t-il (elle) un **problème d’audition** ? NON OUI

 **N° de Sécurité Sociale** \_\_\_ /\_\_\_/ \_\_\_/\_\_\_/ \_\_\_/\_\_\_:/ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_/ **Organisme (CPAM, MSA,…) : …………………....** (auquel est rattaché votre enfant)

**Attestations**

    Nous soussignés, M. Mme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons Madame HUBERT, Directrice adjointe du collège Saint-Germain, ou l’un de ses représentants, à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (soins, évacuation sanitaire, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de santé de notre enfant nommé ci-dessus.

Fait à :……………………………………. Le : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signatures **des responsables :**

**Assurance Individuelle Accident Scolaire Obligatoire** (couvrant tout accident au collège et en sortie scolaire).

Tous les élèves seront couverts par une assurance individuelle accident **souscrite et prise en charge** par l’établissement auprès de la Mutuelle Saint-Christophe (donc cette assurance ne vous sera pas facturée).

**Droit à l’image**

   A l’occasion de différents évènements, ou activités pédagogiques, le collège est amené à photographier ou filmer les élèves, afin d’alimenter des supports comme, par exemple, la plaquette ou le site internet.

M. Mme : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **autorisent** le collège à utiliser l’image de leur enfant, cité ci-dessus.

Fait à :…………………………………………….. Le : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Signatures des responsables :**

Si les responsables légaux s’opposent à l’utilisation de l’image de leur enfant aux conditions citées ci-dessus,

merci de fournir une lettre manuscrite adressée à Mme la Directrice.

 **Personne à joindre en cas d’absence**

Nom :…………………………………………… Prénom :……………………………………………………

Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/ \_\_\_/\_\_\_/ \_\_\_/\_\_\_:/ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Qualité ou lien de parenté :………………………………………………………………………………………..

Je soussigné(e)

M………………………………………………………………….père de ………………………………………………………

Mme ……………………………………………………………mère de ………………………………………………………

M/Mme ………………………………………………………tuteur de ……………………………………………………..

-est informé(e) que les informations recueillies font l’objet d’un traitement informatique concernant la gestion administrative des dossiers et la facturation et dont les destinataires sont les seuls services de l’établissement.

-conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d’un droit d’accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à la direction.

 à…………………………………………………… le……………………………………………..

Signature du père Signature de la mère Signature du tuteur