

QUATRIEME

Redoublement

réserve administration

IDENTITE DE L'ELEVE

Nom : **Statut demandé :** Externe DP 4 repas Interne (L-Ma-J-V)
Prénom(s) :
Date de naissance : / /
Lieu de naissance : n° dépt : **Nationalité :**

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Situation du (des) parent(s) : marié(e) vie maritale pacsé(e) veuf(ve) divorcé(e) séparé(e) célibataire

Civilité : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme lien de parenté : _____ Nom..... Prénom..... Adresse..... CP..... Ville..... Tél. fixe _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Portable _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Email personnel Travail : Profession : Employeur et lieu de travail : Tél. travail _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Civilité : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme lien de parenté : _____ Nom..... Prénom..... Adresse..... CP..... Ville..... Tél. fixe _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Portable _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Email personnel Travail : Profession : Employeur et lieu de travail : Tél. travail _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
--	--

ADRESSE DE RESIDENCE DE L'ELEVE

Au domicile **des 2 parents** Au domicile **du père** Au domicile **de la mère** En **résidence alternée**

Si **autre domicile**, précisez :
Nom
Adresse
Code Postal |_|_|_|_|_| Ville
Tél domicile |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

OPTIONS DEMANDEES EN CLASSE DE QUATRIEME

4^{ème} de Collège OU 4^{ème} dispositif par alternance avec 2^e langue vivante Espagnol

Langue vivante 2 obligatoire : Allemand Espagnol

Options Latin et Eurolangues Breton et Eurolangues
Facultatives : Latin Breton Eurolangues (admission selon les résultats aux tests d'évaluation en début d'année)
 Cinéma Audiovisuel
 Aucune option

Toute option choisie en classe de 5^{ème} sera suivie jusqu'en classe de 3^{ème}.

PARCOURS DE L'ELEVE - ETABLISSEMENTS SCOLAIRES FREQUENTES

Année scolaire	Etablissement fréquenté	Ville	Classe	Raison du changement
2019-2020				
2020-2021				

NOM : Prénom : Niveau :

Pour améliorer l'accueil de votre enfant, vous pouvez nous communiquer certaines informations :

- Votre enfant bénéficie déjà d'un :
- PAP (Projet d'Accompagnement Personnalisé)
 - PAI (Projet d'Accueil Individualisé)
 - PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation)
 - PPRE (Projet Personnalisé de Réussite Educative)

- Est-il suivi par un ?
- Orthophoniste
 - Ergothérapeute
 - Psychologue – psychologue scolaire
 - Autre

} **Fournir les bilans**

Indiquez les coordonnées du professionnel de santé (nom, adresse, téléphone, courrier électronique) :

.....
.....

Autorisez-vous l'établissement à prendre contact avec ce professionnel ? OUI NON

Y-a-t-il des éléments médicaux que vous souhaitez nous préciser ?

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

Bénéficie-t-il d'une notification de la MDPH pour un AVS (Assistant de Vie Scolaire) ? OUI NON

Si oui, pour combien d'heures ? (fournir l'attestation)

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

Autre(s) information(s) à signaler (démarches en cours pour un suivi, être en classe avec un.e camarade...) :

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