

réserve administration

.....

.....

6ème

Redoublement

IDENTITE DE L'ELEVE

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance : n° dépt :

Nationalité :

Statut demandé : Externe DP 4 repas (L-Ma-J-V)
 Interne (pour l'internat joindre un
chèque d'arrhes de 100€ à l'ordre de l'Ogec Saint-Louis et à
agrafer à ce dossier)

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 |_|_| | |_|_| | |_|_| | |_|_| | |_|_|

PARCOURS DE L'ELEVE - ETABLISSEMENTS SCOLAIRES FREQUENTES

Années scolaires	Etablissement fréquenté	Ville	Classe	Raison du changement
2021-2022				
2022-2023				

NOM : Prénom : Niveau :

Pour améliorer l'accueil de votre enfant, merci de répondre aux questions suivantes :

- 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)
- } **Fournir les documents**

- 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
- pour du matériel pédagogique adapté OUI* NON

* Si oui, précisez et fournir l'attestation :

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

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

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