****

**2021-2022  
 Petit Collège-Collège-Lycée de Provence**

**FICHE D’INSCRIPTION ADMINISTRATIVE**

***Collège****-****Lycée****: A remettre à son professeur principal le jour de la rentrée*

***Petit Collège****: A remettre à son professeur le jour de la rentrée*

**ELEVE : Etat civil**

**Nom :**  **Prénom** **: Sexe** **:**  **Date de naissance** **:**

**Pays** **de** **naissance** **: Département** **de** **naissance** : **Commune** **de** **naissance** :

**N° INSEE** **:**

**Pour les Lycéens Email de l’élève :**  **Portable de l’élève** :

**Renseignements scolaires pour l’année 2021 – 2022**

**Redoublant** : **Régime :** ( DP ou externe)

**Division :**  (Tale-1ère-2nde-3e-4e-5e-6e-7e-8e-9e-10e-11e)

**Renseignements scolaires pour l’année 2020 – 2021**

**Nom** : **Type** : Privé/Public (rayer la mention inutile)

**Adresse** :

**Classe** :

**Responsables de l’Elève**

**Responsable 1 :**

**Nom** **et Prénom** : **Lien** (1) : **Type** (2) :

*(1) Choix possibles : Père et Mère \ Mère seule \ Père seul \ Elève \ Famille \ Tuteur \ DDASS*

*(2) Choix possibles : Responsable légal \ Autorité parental conjointe \ Autre responsable*

**Adresse Complète** :

**Téléphone** : **personnel** : **Professionnel** :

**Mail** **personnel** :

**Mail** **professionnel** :

**Responsable 2** :

**Nom** **et Prénom** : **Lien** (1) **Type** (2) :

*(1) Choix possibles : Père et Mère \ Mère seule \ Père seul \ Elève \ Famille \ Tuteur \ DDASS*

*(2) Choix possibles : Responsable légal \ Autorité parental conjointe \ Autre responsable*

**Adresse Complète** (***si différente Responsable 1***) :

**Téléphone** : **personnel** : **Professionnel** :

**Mail** **personnel** :

**Mail** **professionnel** :

**DOSSIER MEDICAL**

**Votre organisme d’Assurance : Numéro de police :**

**Numéro de Sécurité Sociale du chef de famille :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_clé \_\_\_**

**Votre organisme de Mutuelle : Numéro d’adhérent :**

**VACCINATIONS PRATIQUEES :**

- le - le

- le - le

- le - le

**Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?**

**L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? :**

- Rubéole: OUI - NON - Scarlatine : OUI - NON - Varicelle: OUI - NON

- Coqueluche : OUI - NON - Rougeole : OUI - NON - Oreillons: OUI - NON

**L'enfant suit-il un traitement permanent** ? OUI - NON si **OUI** **lequel** ? :

***Dans tous les cas joindre un certificat médical***.

L’enfant est-t-il : - **Asthmatique- Diabétique- Allergique** : Recommandations des Parents :

Les responsables de l'enfant déclarent :

Autoriser la Direction de l'Ecole de Provence, si elle n'arrive pas à m'atteindre, à prendre, en cas de nécessité, toutes mesures d'urgence (intervention chirurgicale, hospitalisation, etc.) ;

- Avoir pris connaissance qu'en cas d'intervention, les frais sont à la charge des familles.

Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l’établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d’urgence.

Elles sont susceptibles d’être transmises :

• Au service médical de l’établissement,

• Aux services médicaux d’urgence,

• En tant que de besoin aux membres de l’équipe éducative de l’établissement directement concernés,

• Et, dans le cadre des projets d’accompagnement spécifique (PAI, PPS, …) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et paramédicaux, …)

Vous consentez expressément à ce que l’établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l’élève au sein de l’établissement dans les modalités définies au PAI ou au titre du PPS dont il bénéficie. Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.

**CONTRAT DE SCOLARISATION**

**Les responsables définis ci-dessus**, déclarent avoir **lu et approuvé le règlement intérieur de l’établissement et son annexe**, (convention financière) les accepter en totalité sans aucune réserve.

L’Etablissement, représenté par son chef d’établissement, **Madame CHABARTIER**, s’engage à assurer la scolarisation de l’élève précité sur la durée d’un cycle d’étude. Le présent contrat est conclu pour la durée du cycle en cours ; le présent contrat sera éventuellement rompu durant le cycle en cours :

-par décision de la famille pour convenance personnelle,

-par une rupture du lien de confiance,

-par une mesure d’exclusion de l’élève,

-pour des faits prouvant de la part de la famille un dénigrement systématique de l’institution en tant que telle ou à travers ses personnels,

-par le non règlement des sommes dues après épuisement des recours prévus à cet effet.

En contrepartie de cette scolarisation, les parents signataires du présent contrat s’engagent à acquitter la contribution des familles au fonctionnement de l’établissement ainsi que toute dépense pour autres services (demi-pension) dont leur enfant bénéficie et dont les tarifs figurent dans la convention financière.

**Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Dans le cas de parents séparés, divorcés, l’identité et la signature de chacun des 2 parents est exigée (sinon fournir un jugement).

Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »

**Père Mère ou Responsable légal Elève Chef d’Etablissement Madame CHABARTIER**

