|  |  |
| --- | --- |
| Ecole Saint-Joseph | Tél : 04-71-57-43-90 |
| 5 Rue Villar San Costanzo  43800 Rosières | Email : ecole.stjoseph.rosieres@orange.fr |

**FICHE D’INSCRIPTION ECOLE SAINT-JOSEPH**

Madame, Monsieur, pour que l’inscription de votre enfant soit effective veuillez remplir, dater, signer et retourner cette fiche de renseignements accompagnée des pièces suivantes :

* Un certificat de vaccination établi par votre médecin (ou les photocopies des pages vaccins du carnet de santé)
* Une photocopie du feuillet du livret de famille correspondant à l’enfant
* Le certificat de radiation (si l’enfant a déjà été scolarisé).

**Fiche de renseignements**

Nom de l’enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

demande à être inscrit(e) dans la classe de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ecole précédente : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cours précédent : \_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Père | Mère |
| Nom et prénom |  |  |
| Profession |  |  |
| Adresse personnelle |  |  |
| Téléphone |  |  |
| Adresse mail |  |  |

En cas de besoin prévenir, merci de classer les personnes dans l’ordre de priorité d’appel :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom et prénom | Lien avec l’enfant | Téléphone |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Informations importantes concernant la santé de l’enfant : contre-indications, allergies…

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DELEGATION ANNUELLE DE POUVOIR EN CAS D’URGENCE**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsable légal de l’enfant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorise la directrice de l’école Saint-Joseph de Rosières à prendre toutes les décisions de transport, d’hospitalisation ou d’intervention chirurgicale nécessitées par la santé de mon enfant.

Cette autorisation vaut, en cas d’impossibilité :

* Soit de nous joindre
* Soit d’obtenir l’avis de notre médecin de famille :

Dr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Signature :