



PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER

- La fiche de demande d'inscription 2024/2025
- Copie complète des bulletins de l'année de 6ème
- Copie bulletin du 1er Trimestre ou Semestre de l'année en cours (5ème)
- Copie intégrale du Livret de Famille
- Copie du Carnet de santé (pages vaccinations)
- Une photo d'identité
- Si aménagements: Les documents justifiant ces aménagements

PHOTO

ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025

FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION 4ÈME

RENSEIGNEMENTS ÉLÈVE

NOM : ----- PRENOM : -----

Date de naissance : ----- / ----- / ----- Lieu de naissance : -----

Département : ----- Nationalité : -----

Sexe : M F

Avez-vous fait une autre demande d'inscription dans notre établissement ? OUI NON

Si oui pour quelle(s) classe (s) : -----

Nombre de frères et sœurs déjà inscrits dans l'établissement : -----

Prénom (s) ----- Classe -----

Scolarité antérieure

<u>Classe</u>	<u>Année scolaire</u>	<u>Etablissement fréquenté - Ville</u>
	2023 - 2024	
	2022 - 2023	

Classe redoublée ? NON OUI Laquelle : -----

Aménagements: PPPE PAP PPS Si oui, avec AESH ? OUI NON

CHOIX DES OPTIONS

1^{ère} Langue Vivante: ANGLAIS pour tous les élèves

2^{ème} Langue Vivante: ALLEMAND ou ESPAGNOL

Option facultative: LATIN (Langue et Culture)



RENSEIGNEMENTS FAMILLE

PÈRE

Responsable Légal <input type="checkbox"/>	Responsable Payeur <input type="checkbox"/>
Nom et Prénom :	
Situation Familiale : Mariés/Pacsés <input type="checkbox"/> Divorcés/Séparés <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Profession :	
Téléphone travail : ----- / ----- / ----- / ----- / ----- Portable : ----- / ----- / ----- / ----- / -----	
Adresse :	
Commune : Code Postal :	
Téléphone du domicile : ----- / ----- / ----- / ----- / -----	
Adresse mail :@	

Nombre d'enfants à charge:

MÈRE

Responsable Légal <input type="checkbox"/>	Responsable Payeur <input type="checkbox"/>
Nom et Prénom :	
Nom de Jeune Fille :	
Situation Familiale : Mariés/Pacsés <input type="checkbox"/> Divorcés/Séparés <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Profession :	
Téléphone travail : ----- / ----- / ----- / ----- / ----- Portable : ----- / ----- / ----- / ----- / -----	
Adresse :	
Commune : Code Postal :	
Téléphone du domicile : ----- / ----- / ----- / ----- / -----	
Adresse mail :@	

Nombre d'enfants à charge:

Date :

* Signature de la mère

Signature du père

Signature **obligatoire des 2 parents*



Tout dossier reçu incomplet ne sera pas traité par notre service