

Année scolaire 2020-2021

Nom de l'élève :

Prénom(s) :

Sexe : M F

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

Lieu de naissance :

Département de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :



Choix de la filière bilingue (français / breton) OUI NON

Adresse électronique (maman) :

Adresse électronique (papa) :

N° de téléphone (fixe) :

Informations concernant le père

Nom :

Prénom :

Profession :

Employeur :

N° de tel professionnel :

N° de portable :

Adresse (si différente de celle de l'enfant)

CP Ville

Informations concernant la mère

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Profession :

Employeur :

N° de tel professionnel :

N° de portable :

Adresse (si différente de celle de l'enfant)

CP Ville

Les parents sont :

mariés vie maritale pacés séparés' divorcés* célibataire veuf(ve)

*Pour les parents séparés ou divorcés, merci de fournir une photocopie du jugement mentionnant à quel parent est attribuée la garde de l'enfant et les modalités du droit de visite.

Frères et sœurs :

Nom	Prénom	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Ecole (si différente)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ecole de provenance :

Nom :

Adresse :

Ville :

CP :

Tél :

 Enfant concerné par un P.A.I.si oui, type :

Cochez cette case si votre enfant fait ou devra faire l'objet d'un Protocole d'Aide à l'Intégration réalisé en collaboration avec le médecin scolaire. P.A.I. à réaliser à la demande de la famille pour les enfants nécessitant des soins d'urgence dans les cas d'allergies, d'épilepsie, d'asthme, etc...

Autorise mon enfant à être photographié lors d'activités au sein de l'école et à paraîtredans les médias : OUI NONsur le site www.ecolesaintececile.bzh : OUI NON**Parcours scolaire :**

Année	Niveau suivi	Ecole - Ville	
		Nom :	Ville :
2019-2020	<input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>
2018-2019	<input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>
2017-2018	<input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>
2016-2017	<input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>
2015-2016	<input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>
2014-2015	<input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>
2013-2014	<input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>
2012-2013	<input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>

Nom de la personne qui a complété ce formulaire : Qualité : Joint la copie du livret de famille (pages parents + fratrie) Joint la copie du carnet de santé (pages des vaccins)Fait à , le 