DEMANDE
D'INSCRIPTION EN
MATERNELLE ET PRIMAIRE
ANNEE 2027 -2028

Photo

Classe demandée : ……

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ELEVE

NOM : ……..
PRENOM : ……..

Date de naissance : ……/……/…….
Lieu de naissance : ……../…….
(ville, département)

Rang dans la fratrie : ……..
Nationalité : ……

Adresse : ……
Ville : …….. Code Postal : ……

Classe actuelle : ……

Nom et Adresse de l'Etablissement actuel :
……
……
……

Environnement linguistique :
1er langue : ……
Autre(s) langue(s) pratiquée(s) en famille :
……..
Bilingue : OUI NON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Situation de la famille * : Mariés – Séparés – Divorcés – Veuf – Veuve – Remariés – Vie maritale
(*entourer la bonne réponse)

Libellé de l'adresse : M. Mme ……
……..
Ville : …….. Code Postal :……
Téléphone : ……/……/……/……../……
e-mail : ……..

PERE : Nom : …….. Prénom : ……
Adresse si différente :……
Ville : …….. Code Postal :……
Téléphone domicile : / / / /
Téléphone portable : / / / /
Profession : ……
Téléphone travail : / / / /
e-mail : ……..

MERE : Nom : …….. Prénom : ……
Adresse si différente :……
Ville : …….. Code Postal :……
Téléphone domicile : / / / /
Téléphone portable : / / / /
Profession : ……
Téléphone travail : / / / /
e-mail : ……..

En cas de séparation des parents Chez qui habite l'élève : ……

Qui est le responsable légal : …….

	Frères et sœurs				
	Nom	Prénom	Date de Naissance	Classe ou établissement	Elève de Saint Joseph
1					
2					
3					
4					
5					
6					

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES SUR L'ELEVE

Religion : …… Si catholique : Baptisé OUI NON Lieu : ……

Catéchisé OUI NON Lieu : ……

Activités extra scolaires :

……

……..

Problèmes de santé (maladie – allergie – etc.) : ……

……..

……..

Suivi paramédical (orthophonie - psychomotricité - psychologue – graphothérapie) :

Centre : …… Nom du spécialiste :……

Date : ……..

Signature du Père : Signature de la Mère :

A RENVOYER PAR COURRIER SIMPLE

ENTRE le 15 OCTOBRE et le 12 DECEMBRE

ACCOMPAGNE D'UNE LETTRE DE MOTIVATION

A L'ECOLE SAINT JOSEPH

A L'ATTENTION DU SECRETARIAT

26 RUE GODEFROY 92800 PUTEAUX