

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Réinscription en :

Inscription en :

6<sup>ème</sup>  5<sup>ème</sup>  
 4<sup>ème</sup>  3<sup>ème</sup>

Options :

Section Sportive  
 Section Internationale  
 Créole  
 Latin  
 Bilangue

Régime :

Demi-pensionnaire  
 Externe

Boursier :

Oui  
 Non

Moyen de locomotion:

Bus scolaire : Circuit.....  
 Bus : ville de départ.....  
 Voiture personnelle  
 A pieds

### Identité Responsable n°1

Mr  Mme NOM : ..... Prénom : .....

Lien avec l'enfant :  Mère  Père  Autre membre de la famille  Tuteur  Aide Sociale à l'Enfance  Autre cas

Adresse :  
.....

N° Sécurité Sociale : .....

N° de téléphone : Domicile..... Portable..... Travail.....

Adresse e-mail: .....

Situation professionnelle :  Occupe un emploi  Chômage  Préretraite, retraite ou retiré  Sans activité professionnelle

Profession :  
.....

Nombre d'enfant à charge : ..... Dans le 2<sup>nd</sup> degré (collège, lycée) : .....

J'autorise l'envoi de SMS pour signaler l'absence de mon enfant :  OUI  NON

### Identité Responsable n°2

Mr  Mme NOM : ..... Prénom : .....

Lien avec l'enfant :  Mère  Père  Autre membre de la famille  Tuteur  Aide Sociale à l'Enfance  Autre cas

Adresse : .....

N° de téléphone : Domicile..... Portable..... Travail.....

Adresse e-mail: .....

Situation professionnelle :  Occupe un emploi  Chômage  Préretraite, retraite ou retiré  Sans activité professionnelle

Profession : .....

Si séparé de Responsable n°1, en communication  Oui  Non

### Matériel Numérique

Avez-vous une connexion internet ?  Oui  Non

Si oui quel est son débit ? :  Fibre  Adsl  4G  Autre .....

Avez-vous du matériel numérique à la maison autre que le téléphone portable ?  Oui  Non

Si oui combien ? Ordinateur ..... / Tablette ..... / Imprimante ..... / Scanner .....

### RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES EN CAS D'URGENCE

Personne à contacter en cas d'urgence autre que Responsable 1 et 2 :

NOM : ..... Prénom : ..... Lien avec l'élève : ..... N° de tél : .....

Observations particulières (allergies, suivi médical, problème médical...) : .....

.....

.....

SIGNATURE DES RESPONSABLES :

Responsable n°1

Responsable n°2