

---

## Divers établissements de l'académie de Rouen. Fiches d'inscription d'élève.

**Numéro d'inventaire** : 1986.00119 (1-9)

**Type de document** : texte ou document administratif

**Date de création** : 1976

**Description** : Fiches cartonnées vierges

**Mots-clés** : Gestion de la scolarité : inscriptions, dossiers scolaires, etc.

**Filière** : Lycée et collège classique et moderne

**Niveau** : Post-élémentaire

**Autres descriptions** : Langue : Français

Nombre de pages : n.p.

C.E.S. 600 - CANTELEU

ANNEE SCOLAIRE 19 - 19

NOM : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_  
*(Lettres d'imprimerie)*

Prénom usuel : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Nationalité de l'élève : \_\_\_\_\_

Etablissement fréquenté l'an dernier : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Classes redoublées depuis l'entrée en 6e : \_\_\_\_\_

LANGUES VIVANTES : 1' \_\_\_\_\_ 2' \_\_\_\_\_

CATEGORIE: Demi-pensionnaire : \_\_\_\_\_

Externe : \_\_\_\_\_

L'élève est-il boursier ? : \_\_\_\_\_

L'élève est-il pupille de la Nation ? : \_\_\_\_\_

Frères et sœurs inscrits dans les lycées et collèges : \_\_\_\_\_

(indiquer le nom, l'âge, la classe et l'école) \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_

NOM et prénom du père : \_\_\_\_\_

NOM et prénom de la mère : \_\_\_\_\_

ADRESSE COMPLETE : ( n° de téléphone éventuellement ) : \_\_\_\_\_

Profession du père \_\_\_\_\_ Profession de la mère : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

N° Allocations familiales : \_\_\_\_\_ Caisse : \_\_\_\_\_

Personne à prévenir en cas d'accident : \_\_\_\_\_

En cas d'urgence l'élève doit être conduit à : \_\_\_\_\_

Nom du médecin de famille : \_\_\_\_\_

L'élève est-il assuré contre les accidents scolaires ? : \_\_\_\_\_

Auprès de quelle compagnie ou association ? \_\_\_\_\_

Autorisez-vous la communication de vos noms et adresse aux représentants des Associations de Parents d'élèves ? \_\_\_\_\_

Signature du Père :

de la Mère :

# QUESTIONNAIRE AUX FAMILLES

1975

C.E.S. JULES VERNE  
DEVILLE-LES-ROUEN

ANNÉE SCOLAIRE 19\_\_ - 19\_\_

Prénom	Sexe	Date de naissance
M		

*Vous savez combien il est important de bien connaître votre enfant pour mieux diriger sa formation. Les renseignements qui vous sont demandés le sont uniquement pour le bien de votre enfant. Ils nous permettront d'unir nos efforts aux vôtres pour réussir son éducation par une action commune.*

*Par avance, nous vous remercions de votre aide.*

*La Directrice,*

NOM de l'enfant : \_\_\_\_\_  
(à écrire en caractère d'imprimerie)

Prénoms : \_\_\_\_\_  
(Souligner le prénom usuel)

Né le \_\_\_\_\_ 19\_\_ à \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

**S'il vous plaît, tournez la page**

COLLEGE D'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

JULES VERNE - DEVILLE

CLASSE : \_\_\_\_\_



Partie réservée à l'administration

**ÉLEVE**

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : \_\_\_\_\_

Né le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Établissement fréquenté l'an dernier : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Date de 1ère entrée au C.E.S. : \_\_\_\_\_

1ère langue : \_\_\_\_\_ 2ème langue : \_\_\_\_\_ Latin : \_\_\_\_\_

**PARENTS**

Nom et prénom du père ou du responsable légal : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Entreprise et lieu de travail : \_\_\_\_\_

Adresse des parents : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_

Organisme payeur des prestations familiales : \_\_\_\_\_

N° d'allocataire : \_\_\_\_\_

**SÉCURITÉ**

N° de téléphone pour prévenir les parents en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale du responsable légal : \_\_\_\_\_

Caisse de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Assurance souscrite : Scolaire ou personnelle : \_\_\_\_\_

Nom de la compagnie : \_\_\_\_\_

N° de police : \_\_\_\_\_

Vaccinations subies : \_\_\_\_\_

Particularités médicales à signaler : \_\_\_\_\_

Médecin à appeler en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Déclaration des Parents : En l'absence de ce Docteur, j'autorise le personnel enseignant à faire appel à un autre Docteur.

En cas d'urgence, si on ne peut m'atteindre par téléphone, ou si le temps presse, j'autorise le personnel enseignant à prendre à ma place les décisions nécessaires (exemple : transport en clinique).

En cas d'impossibilité d'obtenir un tel transport par ambulance je dégage entièrement la responsabilité du personnel enseignant qui pourrait être amené à effectuer ce transport.

A moins de demande expresse de modification de ma part, ces déclarations sont valables pour toute l'année scolaire en cours.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

