

Ecole Saint Joseph

Maternelle et Primaire



VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Vaccin antitétanique (D.T.P. : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite) :

Date 3^e injection : ___ / ___ / _____

Date 1^{er} rappel : ___ / ___ / _____

➤ *Joindre une copie du carnet de vaccination.*

37 rue Gabriel Deshayes
44530 SAINT GILDAS DES BOIS
☎ 02.40.01.40.11

Mail : ecolestjoseph4@wanadoo.fr
Site : www.stjosephstgildasdesbois.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION



Je soussigné(e) (NOM Prénom) _____,

Déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier,

Certifie que l'enfant (NOM Prénom) _____,
né(e) le ___ / ___ / _____ fréquentera l'École Saint Joseph de Saint Gildas des Bois à partir de _____.

À _____ Le ___ / ___ / _____ Signature Responsable légal 1 :

Signature Responsable légal 2 :

Élève :

NOM : _____ Prénom : _____

Né(e) le : ___ / ___ / _____

Date d'entrée à l'école : ___ / ___ / _____ Classe : _____



INFORMATIONS CONCERNANT L'ÉLÈVE

Garçon Fille

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ___ / ___ / _____

Lieu : _____ Dépt : _____ Nationalité : _____

École précédente : _____ Classe : _____

Adresse de l'école : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Régime : Demi-pensionnaire Externe Transport scolaire : Oui Non

Accueil péri-scolaire : Matin : Oui Non Soir : Oui Non



INFORMATIONS CONCERNANT LA FAMILLE

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Lien avec l'enfant		
NOM Prénom		
+ NOM de jeune fille		
Adresse		
CP - VILLE		
Téléphone fixe		
Téléphone portable		
Email		
Profession		
Employeur (Nom + Ville)		
Téléphone professionnel		

Frères et sœurs :

NOM	Prénom	Sexe	Date Naissance	Situation actuelle

➤ *Joindre une copie du Livret de Famille (toutes les pages renseignées).*

Situation actuelle des parents :

Mariés Pacsés Vie commune Célibataire Séparés Divorcés Veuf(ve)



EN CAS DE SÉPARATION DES PARENTS

L'autorité parentale est-elle conjointe ? OUI NON

➤ *Joindre un extrait de la décision de justice précisant les modalités de l'exercice de l'autorité parentale*

	Conjoint du Resp. Légal 1	Conjoint du Resp. Légal 2
NOM Prénom		
Adresse		
CP - VILLE		
Téléphone fixe		
Téléphone portable		
Email		
Profession		
Employeur (Nom + Ville)		
Téléphone professionnel		

