

Admission à l'école primaire du Buisson-de-Cadouin

Après l'inscription en mairie, nous vous remercions de prendre rendez-vous avec Mme Machuron Harlin, directrice de l'école

au 05.53.22.01.86

ou par mail à l'adresse suivante

ce.0241298f@ac-bordeaux.fr

Merci de vous munir lors du RDV :

- Du certificat d'inscription délivré par la mairie
- De votre livret de famille
- Du carnet de santé de l'enfant (pages vaccination)
- D'une copie du jugement du tribunal en cas de séparation des parents
- De la fiche de renseignements remplie et signée par les deux parents
- De la fiche d'urgence remplie
- D'une attestation assurance responsabilité civile / individuelle-accidents corporels

Si votre enfant change d'école :

- Du certificat de radiation de l'ancienne école
- Du livret scolaire

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : Niveau : Classe :

ÉLÈVE	
Nom de famille :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nom d'usage :	
Prénom(s) : / /	
Né(e) le : / / Lieu de naissance (commune et département) :	

REPRÉSENTANTS LÉGAUX	
Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	
Nom de famille :	Prénom :
Nom d'usage :	
Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste page 2)	
Adresse :	
Code postal : Commune :	
L'élève habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :	
Courriel :	
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	
Nom de famille :	Prénom :
Nom d'usage :	
Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste page 2)	
Adresse :	
Code postal : Commune :	
L'élève habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :	
Courriel :	
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Tiers délégué (personne physique ou morale) Lien avec l'élève (*) :	
Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales.	
Nom de famille :	Prénom :
Nom d'usage :	Organisme :
Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste page 2)	
Adresse :	
Code postal : Commune :	
L'élève habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :	
Courriel :	
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

(*) Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Garde d'enfant/Autre lien (à préciser) ou Aide Sociale à l'Enfance (pour responsable moral)

Nous acceptons que notre enfant soit **photographié(e) ou filmé(e)** pendant les activités scolaires : Oui Non

FICHE D'URGENCE

ETABLISSEMENT : EEPU Le Buisson-de-Cadouin Année scolaire : 2023-2024

- NOM de l'élève : Prénom :
 - Date de naissance : Classe :

- Nom et adresse des parents ou du représentant légal :
 - N° et adresse du centre de sécurité sociale :
 - N° et adresse de l'assurance scolaire :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant **au moins un numéro de téléphone** :

Tél. domicile : Tél. du travail de la mère :
 Tél. du travail du père : Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

EN CAS D'URGENCE, le centre 15 (SAMU) est appelé. Un élève accidenté ou malade est orienté et transporté vers l'hôpital le mieux adapté selon les modalités définies par le SAMU. La famille est immédiatement avertie par nos soins.
Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

INFORMATIONS MEDICALES :

- Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant

- Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement

.....

.....

.....

Si l'état de santé de votre enfant nécessite un aménagement particulier au niveau de sa scolarité ou la prise de médicaments pendant le temps scolaire, vous pouvez contacter l'équipe médicale (médecin et infirmière de l'éducation nationale) afin d'élaborer un projet d'accueil individualisé (PAI).

Tous renseignements confidentiels doivent être joints sous enveloppe cachetée, à l'attention du médecin et de l'infirmière de l'éducation nationale.

VACCINATIONS : DT Polio/DT Coq Polio, ROR, BCG, Hépatite B, Autres...

Merci de bien vouloir joindre **une photocopie, nominative et datée**, des pages du carnet de santé concernant les vaccinations, ou un certificat médical les attestant.

Mission de Promotion de la Santé en Faveur des Élèves
 Direction des services départementaux de l'éducation nationale de la Dordogne
 20 rue Alfred de Musset CS 10013 – 24054 PERIGUEUX CEDEX
 ☎ : 05 53 05 55 75