ECOLE DES SACRES CŒURS

FICHE DE RENSEIGNEMENTS (ANNEXE 1)

Années : ……/…… **ELEMENTAIRE**

NOM de l'enfant : …….. CLASSE : ……

PRENOM : ……..

Né(e) le : …… à : ……

NATIONALITE : …… SEXE : ……

Religion : ……..

L'enfant est-il baptisé ? OUI - NON

Va-t-il au catéchisme ? OUI - NON Si oui, à quelle paroisse ? ……

NOM ET ADRESSE DE L'ECOLE FREQUENTEE EN CE MOMENT :
(pour les nouveaux élèves uniquement)

……

……

Si classe redoublée ou anticipée, précisez laquelle : ……

PARENTS

Nom et adresse du **Père** : ……..……

……..

……..

Tél. personnel : …… Tél. professionnel : ……..

Portable : …….. Profession : ……..……

Email (à écrire très lisiblement) :

……..……

Nom de la **Mère** et adresse (si différent)……..……..……

……..

……..

Tél. personnel : …… Tél. professionnel : ……..

Portable : …….. Profession : ……..……

Email (à écrire très lisiblement) :

……..……

Pensez à nous signaler tout changement d'adresse ou de téléphone pendant l'année

FRERES ET SŒURS	CLASSE	ECOLE

2, Rue de l'Eglise – 94470 BOISSY ST LEGER Tel 01 45 69 74 17
Site : www.sacres-coeurs.fr Mail : direction@sacres-coeurs.fr

ECOLE DES SACRES CŒURS

NOM :..... PRENOM :..... CLASSE :.....

Prestations annexes

Inscription(s)	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
Cantine				
Accueil du matin				
Etude (16h45 – 17h45)				
Accueil du soir (18h-18h30)				

Attention ! Vos choix seront à confirmer la semaine de la rentrée.

Renseignements utiles sur votre enfant

	Votre enfant est-il suivi par	Votre enfant a-t-il été suivi par
Un(e) orthophoniste		
Un(e) psychologue		

Votre situation familiale : .....

Le caractère de votre enfant : .....

Son régime alimentaire : .....

Ses restrictions alimentaires : .....

Autre : .....

Droit à l'image

Veuillez cocher la case **si vous refusez** que votre enfant apparaisse :
sur les photos ou vidéos de l'école affichées ou imprimées, ou publiées sur le site internet de l'école ☐

Fait à ..... le : .....

Signatures :

2, Rue de l'Eglise – 94470 BOISSY ST LEGER Tel 01 45 69 74 17
Site : www.sacres-coeurs.fr Mail : direction@sacres-coeurs.fr