ECOLE DES SACRES CŒURS

FICHE DE RENSEIGNEMENTS (ANNEXE 1)

Années ……./…… MATERNELLE

NOM de l'enfant : ……..CLASSE : ……

PRENOM : ……..

Né(e) le : …… à : ……

NATIONALITE : …… SEXE : ……

Religion : ……..

L'enfant est-il baptisé ? OUI - NON

Son régime alimentaire :……

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

FICHE AUTRES RENSEIGNEMENTS (ANNEXE 2)

Année 2026/2027 **MATERNELLE**

NOM :..... **PRENOM :.....**

CLASSE :.....

Prestations annexes

Inscription(s)	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
Cantine				
Accueil du matin				
Accueil du soir (18h00)				
Accueil du soir (18h30)				

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 ☐

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