

# DOSSIER D'INSCRIPTION

*ECOLE DU SACRE COEUR*

*31 avenue de la Marne – 56100 LORIENT*

 02 97 64 43 95

 [eco56.sc.lorient@enseignement-catholique.bzh](mailto:eco56.sc.lorient@enseignement-catholique.bzh)

 [www.ecole-sacre-coeur-lorient.com](http://www.ecole-sacre-coeur-lorient.com)

Nom :

Prénom :

Pièces à fournir :

- ✓ Le dossier d'inscription dûment complété et signé
- ✓ Une copie du livret de famille
- ✓ Une copie du carnet de vaccination
- ✓ Le mandat de prélèvement complété et votre RIB
- ✓ Une attestation CAF ou MSA faisant mention de votre quotient familial
- ✓ Le certificat de radiation si votre enfant vient d'un autre établissement scolaire
- ✓ Le dossier scolaire
- ✓ Au besoin : copie du jugement relatif à l'exercice de l'autorité parentale



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## ECOLE DU SACRE COEUR

Nom : Prénom : Fille  Garçon   
Classe : Date d'entrée :


Ecole précédente :

Date de naissance :



Lieu de naissance :

Adresse :

 Domicile :

 mail (impératif) :

Votre enfant est-il baptisé ?  oui  non

Responsables légaux	Responsable 1	Responsable 2
Nom-Prénom		
Adresse		
Profession		
 portable		
 professionnel		

Situation familiale : marié – marital – divorcé – séparé – mère seule – père seul – pacsé

### Enfants de la famille

Prénom

Nom

Date de naissance

.....  
.....  
.....

### Personnes à contacter en cas d'urgence (en dehors des parents)

Nom Prénom	Lien de parenté	Téléphone

# Cursus scolaire

<i>Année scolaire</i>	<i>Etablissement</i>	<i>Classe</i>

<i>Bilan</i>	<i>Année de réalisation</i>	<i>Aides</i>	<i>Année de réalisation</i>
<i>Orthophonie</i>		<i>PAI</i>	
<i>Psychologue scolaire</i>		<i>PPRE</i>	
<i>ASH</i>		<i>APC (soutien)</i>	

## Santé

Allergies – contre-indications – traitements de longue durée – etc...

.....  
.....

Coordonnées du médecin traitant :

N° sécurité sociale : .....

## Autorisations

Mr et/ou Mme .....autorise(nt) :

- l'équipe enseignante de l'école à prendre, sur avis médical en cas de maladie ou d'accident de mon enfant, toutes les mesures d'urgence tant médicales que chirurgicales y compris éventuellement l'hospitalisation.
- mon enfant à utiliser les transports de l'école pour toutes destinations (sorties scolaires, classe découverte, rencontre sportive, piscine...).
- mon enfant à sortir seul de l'école.
- tout membre de l'équipe éducative, à prendre mon enfant en photo dans le cadre des activités scolaires et à diffuser les photos sur notre site internet et auprès des journaux locaux.
- les personnes suivantes à prendre mon enfant à la sortie des classes :

<i>Nom – Prénom – lien de parenté</i>	<i>Téléphone</i>

A....., le.....

Signature des responsables légaux précédée de la mention « lu et approuvé » :

# Mandat de prélèvement automatique

Nom :

Prénom :

Code famille :

Votre adresse :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'OGEC de l'ECOLE SACRE COEUR à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et ..... (nom de votre banque)

à débiter votre compte conformément aux instructions de l'OGEC de l'ECOLE DU SCARE CŒUR.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Votre IBAN : \_

Votre BIC : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Nom du créancier : OGEC ECOLE du SACRE-CŒUR - 31 avenue de la Marne 56100 Lorient

Identifiant du créancier : ICS n° FR65ZZZ432624 Type de paiement : Paiement récurrent

Signé à ..... le .....

Signature(s) :

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

**Coller ici votre RIB**