

# ANNÉE SCOLAIRE 2023/2024

## DOSSIER D'INSCRIPTION 5e-4e-3e

### **pour les nouveaux élèves**

ÉLÈVE	
NOM :	Prénoms :
Date de naissance :	Commune de naiss :
Département :	Pays :
Nationalité :	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Scolarité 2022 – 2023	
Établissement :	Classe : <input type="text"/> ème
Commune :	Département n° : <input type="text"/>

### Dossier à compléter et pièces à joindre

- ☛ Un justificatif de domicile
- ☛ Si doublement : bulletin 3<sup>e</sup> trimestre avec décision de doublement du conseil de classe.
- ☛ Photocopie intégrale du livret de famille – **parents et enfant(s)**.
- ☛ Un RIB au nom du responsable légal qui règle les frais scolaires (demi-pension) et qui perçoit les bourses le cas échéant.
- ☛ Si parents divorcés, copie de l'extrait du jugement précisant le foyer de rattachement de l'enfant et la forme de l'autorité parentale (unique ou partagée).
- ☛ Si parents séparés sans jugement, préciser le domicile et mode de garde de l'enfant :

SITUATIONS PARTICULIÈRES	
> Enfant en garde alternée : précisez le mode de garde alternée (joindre les pièces justificatives), modalités :	<input type="text"/>
> Enfant en famille d'accueil (coordonnées et téléphone de l'organisme référent et/ou de l'éducateur) :	<input type="text"/>
> Autres situations :	<input type="text"/>

## SCOLARITÉ POUR 2023 - 2024

**Transports scolaires :**  Oui  Non

**Régime :**  Demi-pensionnaire  Externe

Niveau d'inscription	Options obligatoires	Option facultative chorale	Option facultative
<input type="checkbox"/> 5ème <input type="checkbox"/> LV1 anglais	<input type="checkbox"/> Espagnol LV2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Langues et Cultures Européennes (Espagnol) Engagement jusqu'à la fin de 3e. ou <input type="checkbox"/> Langues et Cultures de l'Antiquité (Latin) Engagement jusqu'à la fin de 3e.
	ou <input type="checkbox"/> Allemand LV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Langues et Cultures de l'Antiquité (Latin) Engagement jusqu'à la fin de 3e.
<input type="checkbox"/> 4ème <input type="checkbox"/> LV1 anglais	<input type="checkbox"/> Espagnol LV2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Langues et Cultures Européennes (Espagnol) si débutée en 5e. Engagement jusqu'à la fin de 3e. ou <input type="checkbox"/> Langues et Cultures de l'Antiquité (Latin) Engagement jusqu'à la fin de 3e.
	ou <input type="checkbox"/> Allemand LV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Langues et Cultures de l'Antiquité (Latin) Engagement jusqu'à la fin de 3e.
<input type="checkbox"/> 3ème <input type="checkbox"/> LV1 anglais	<input type="checkbox"/> Espagnol LV2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Langues et Cultures Européennes (Espagnol) si suivie depuis la 5e. Engagement jusqu'à la fin de 3e. ou <input type="checkbox"/> Langues et Cultures de l'Antiquité (Latin) Engagement jusqu'à la fin de 3e.
	<input type="checkbox"/> Allemand LV;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Langues et Cultures de l'Antiquité (Latin) Engagement jusqu'à la fin de 3e.

## **RESPONSABLES LEGAUX**

Situation des parents :  Mariés  Pacsés  Concubins  Séparé  Divorcés  
 Autre, précisez

### **Responsable légal financier (paye les frais scolaires/reçoit la bourse) – joindre un RIB**

NOM :  Prénom :

Adresse :

Portable :  Travail :

Domicile :

Unique adresse mail sur laquelle la facture de demi pension sera envoyée. Il vous appartient de la transmettre à l'autre responsable légal :

Profession :  Code prof :

J'autorise les associations de parents d'élèves à me contacter par mail :  oui  non

### **Autre responsable légal**

NOM :  Prénom :

Adresse :

Portable :  Travail :

Domicile :  Mail :

Profession :  Code prof :

J'autorise les associations de parents d'élèves à me contacter par mail :  oui  non

### **AUTRE PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

NOM :  Prénom :

Lien avec l'élève :

Adresse :

Portable :  Travail :

Domicile :

## COMPOSITION DE LA FAMILLE

Nombre d'enfants à charge :

L'élève arrivant au collège doit figurer dans le tableau

Nom	Prénom	Année de naiss.	Établissement scolaire rentrée 2023-2024
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## ENGAGEMENTS ET SIGNATURES

Nous avons bien pris connaissance du règlement intérieur du collège et du RGPD (Règlement général sur la protection des données).

Je m'engage à acquitter les frais de demi-pension de mon (mes) enfant(s) ainsi que le montant des dégradations dont il(s) pourrait(aient) se rendre responsable(s).

Je m'engage à informer par écrit le secrétariat pour tout changement de situation en cours d'année (état civil, adresse, mail, téléphone, mode de garde...).

Date :

Signature élève :

Signature responsable légal financier :

Signature autre responsable légal :

Les cours débutent à 8h30 (sonnerie à 8h25) et se terminent à 16h55.



Secrétariat tel : 05.46.35.35.77

mail : [ce.0171210y@ac-poitiers.fr](mailto:ce.0171210y@ac-poitiers.fr) pour le retour du dossier

---

## CODES PROFESSION

---

- 10 : AGRICULTEURS (salariés de leur exploitation)
  
- 21 : ARTISANS (salariés de leur entreprise)
- 22 : COMMERCANTS ET ASSIMILES (salariés de leur entreprise)
- 23 : CHEFS D'ENTREPRISE DE 10 SALARIES OU PLUS (salariés de leur entreprise)
  
- 31 : PROFESSIONS LIBERALES (exercées sous statut de salarié)
- 33 : CADRES DE LA FONCTION PUBLIQUE
- 34 : PROFESSEURS, PROFESSIONS SCIENTIFIQUES
- 35 : PROFESSIONS DE L'INFORMATION, DES ARTS ET DES SPECTACLES
- 37 : CADRES ADMINISTRATIFS ET COMMERCIAUX D'ENTREPRISES
- 38 : INGENIEURS ET CADRES TECHNIQUES D'ENTREPRISES
  
- 42 : PROFESSEURS DES ECOLES, INSTITUTEURS ET PROFESSIONS ASSIMILEES
- 43 : PROFESSIONS INTERMEDIAIRES DE LA SANTE ET DU TRAVAIL SOCIAL
- 44 : CLERGE, RELIGIEUX
- 45 : PROFESSIONS INTERMEDIAIRES ADMINISTRATIVES DE LA FONCTION PUBLIQUE
- 46 : PROFESSIONS INTERMEDIAIRES ADMINISTRATIVES ET COMMERCIALES DES ENTREPRISES
- 47 : TECHNICIENS (sauf techniciens tertiaires)
- 48 : CONTREMAITRES, AGENTS DE MAITRISE (maîtrise administrative exclue)
  
- 52 : EMPLOYES CIVILS ET AGENTS DE SERVICE DE LA FONCTION PUBLIQUE
- 53 : AGENTS DE SURVEILLANCE
- 54 : EMPLOYES ADMINISTRATIFS D'ENTREPRISE
- 55 : EMPLOYES DE COMMERCE
- 56 : PERSONNELS DES SERVICES DIRECTS AUX PARTICULIERS
  
- 62 : OUVRIERS QUALIFIES DE TYPE INDUSTRIEL
- 63 : OUVRIERS QUALIFIES DE TYPE ARTISANAL
- 64 : CHAUFFEURS
- 65 : OUVRIERS QUALIFIES DE LA MANUTENTION, DU MAGASINAGE ET DU TRANSPORT
- 67 : OUVRIERS NON QUALIFIES DE TYPE INDUSTRIEL
- 68 : OUVRIERS NON QUALIFIES DE TYPE ARTISANAL
- 69 : OUVRIERS AGRICOLES ET ASSIMILES
- 71 : RETRAITES AGRICULTEURS EXPLOITANTS
- 72 : RETRAITES ARTISANS, COMMERÇANTS, CHEFS D'ENTREPRISE
- 74 : ANCIENS CADRES
- 75 : ANCIENNES PROFESSIONS INTERMEDIAIRES
- 77 : ANCIENS EMPLOYES
- 78 : ANCIENS OUVRIERS
  
- 81 : CHOMEURS N'AYANT JAMAIS TRAVAILLE
- 83 : MILITAIRES DU CONTINGENT
- 84 : ELEVES, ETUDIANTS
- 85 : PERSONNES SANS ACTIVITE PROFESSIONNELLE < 60 ANS (SAUF RETRAITES)
- 86 : PERSONNES SANS ACTIVITE PROFESSIONNELLE >= 60 ANS (SAUF RETRAITES)

**Conditions d'utilisation et de publication  
de photos, vidéos ou d'enregistrements sonores**

La présente demande est destinée à recueillir le consentement et les autorisations nécessaires dans le cadre de **la gestion administrative** (trombinoscope...) **et des autres usages internes à l'établissement** (pas de publication sur l'internet, sauf si les images ne permettent pas d'identifier les élèves)

Je soussigné(e), NOM :  Prénom :

représentant légal de l'élève NOM :  Prénom :

Né(e) le  en classe de

Autorise	Finalité/support	Durée	Étendue de la diffusion
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Gestion administrative + Logiciel de vie scolaire	Année scolaire	Personnels administratifs, équipe pédagogique, vie scolaire
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Usages internes + Réseau interne de l'établissement/ENT	Année scolaire	Personnels administratifs, équipe pédagogique, vie scolaire, élèves de l'établissement

Conformément aux dispositions légales en vigueur relatives au droit à l'image, l'établissement s'engage à ce que la publication et la diffusion de l'image de votre enfant, ainsi que des commentaires l'accompagnant **ne portent pas atteinte à sa vie privée, à sa dignité et à sa réputation. En vertu du Règlement général sur la protection des données (RGPD), entré en application le 25 mai 2018, l'élève ou son/ses représentant(s) légal/légaux dispose(ent) d'un libre accès aux photos concernant la personne mineure et a le droit de demander à tout moment le retrait de celles-ci\***.

**Cette autorisation est donnée à titre gracieux pour la gestion administrative du dossier de mon enfant, pour les activités scolaires internes à l'établissement, sauf si les images ou les enregistrements sonores ne permettent pas de l'identifier. Si d'autres projets nécessitant la captation de l'image ou de la voix sont mis en œuvre par l'établissement, ils feront l'objet d'une information ultérieure et d'une demande d'autorisation spécifique.**

La présente autorisation est délivrée en deux exemplaires, dont le premier m'est remis, le second sera conservé par l'établissement.

Fait à , le .

<input type="checkbox"/> lu et approuvé – bon pour accord Signature <input type="text"/>	<b>Consentement de l'élève mineur :</b> <input type="checkbox"/> Le projet m'a été expliqué et j'ai compris pourquoi mon image sera utilisée et qui pourra la voir. Signature <input type="text"/>
--	---

**\*Pour exercer vos droits**

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi 2018-493 du 20 juin 2018 et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 sur la protection des données, vous bénéficiez d'un ensemble de droits concernant vos données personnelles que vous pouvez exercer auprès du principal du collège et du délégué à la protection des données de l'académie en écrivant :

- Par voie postale au Rectorat de l'académie de Poitiers, À l'attention du délégué à la protection des données (DPD), 22 rue Guillaume 7 Le Troubadour, 86 000 Poitiers
- Par voie électronique en utilisant l'adresse mail : [dpd@ac-poitiers.fr](mailto:dpd@ac-poitiers.fr)

**Réclamation auprès de la CNIL**

Toute personne estimant que le droit à la protection des données n'est pas assuré, peut introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

**ANNE SCOLAIRE 2023 / 2024**

**FICHE D'URGENCE (NON Confidentielle)**

Classe :  ème  Externe  Demi pensionnaire

NOM :  Prénom :

Date de naissance :  Lieu de naissance :

**En cas d'urgence, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.**

**Merci de faciliter notre mission en nous indiquant au minimum un numéro de téléphone :**

Représentant légal 1	Représentant légal 2
NOM : <input type="text"/>	NOM : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>
( domicile : <input type="text"/>	( domicile : <input type="text"/>
( travail : <input type="text"/>	( travail : <input type="text"/>
( portable : <input type="text"/>	( portable : <input type="text"/>
Courriel : <input type="text"/>	Courriel : <input type="text"/>

Personne susceptible de vous prévenir rapidement :

NOM :  Prénom :  Tel :

**.En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.**

**.Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'avec sa famille. Les frais engagés (médicaux, pharmaceutiques, transports...) seront réglés par la famille et pris en charge par la sécurité sociale si prescription médicale.**

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique (DT Polio):

Médecin traitant : NOM :  tel :   
adresse :

Votre enfant bénéficie-t-il d'un  PAP  PPS  PAI

**Observations particulières** que vous jugerez utiles de porter à la connaissance **de l'établissement** et des services d'urgence : **allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre :**

**Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles : vous pouvez le faire, sous enveloppe, à l'attention de l'infirmier-ère ou du médecin de l'éducation nationale (exemple : PAI...)**

A  , le

Signature(s) du ou des représentants légaux :

## **Prise de médicament sur le temps scolaire et périscolaire**

Autorisation parentale

Je, soussigné(e) (nom)  (prénom) ,

parent ou tuteur légal de l'enfant ,

né(e) le ,

fréquentant le Collège ,

en classe de ,

demande et autorise les personnels en charge du temps scolaire ou périscolaire à administrer, suivant la prescription\*, le ou les médicaments à notre enfant.

Je m'engage à faire connaître immédiatement toute modification du traitement et à fournir le ou les médicaments ainsi que la nouvelle ordonnance.

Pour rappel, l'infirmière scolaire est habilitée à dispenser les médicaments recensés dans le B.O. du 6 janvier 2000 (<http://www.education.gouv.fr>), sauf avis écrit contraire de votre part (risques d'allergie...).

Fait à , le .

**Signature des parents ou du tuteur légal**

**\*Joindre impérativement à ce document un double de la prescription lisible de moins de 3 mois et détaillée du médecin ainsi que le traitement dont la date de péremption est « valide » pour l'année scolaire.**

**Les élèves ne sont pas autorisés à garder les médicaments sur eux, sauf exceptions.**

**Le traitement sera conservé à l'Infirmierie.**



*Document à faire signer dès la rentrée en grande section par les familles ou lors de toute ouverture de dossier à scanner dans Esculape avant de le rendre aux signataires*

## Dossier médical numérique ESCULAPE Accès et transmissions des données

L'application Esculape permet au médecin de l'éducation nationale de saisir, dans un dossier numérique protégé, les éléments recueillis lors des visites médicales de votre enfant en milieu scolaire, comme cela avait lieu auparavant dans le dossier papier, pour organiser un suivi efficace de sa santé et favoriser son bien-être et sa réussite scolaire.

Sous la responsabilité du médecin, les informations qui y figurent sont strictement confidentielles.

Les informations recueillies concernent notamment les vaccinations, l'examen staturo-pondéral avec calcul de l'IMC, le bilan sensoriel : vue et audition, l'examen clinique, le bilan du langage, le bilan du développement de l'enfant, ou tout autre élément utile concernant sa santé.

Les conclusions de ces bilans médicaux incluant, le cas échéant, des recommandations, des conseils ou des demandes d'investigations complémentaires ainsi que, si besoin, la remise d'un courrier à l'attention du médecin traitant, vous seront transmises. Le médecin veille également au respect de la confidentialité de cette transmission.

Une fois anonymisées, les données de santé peuvent être utilisées à des fins d'études épidémiologiques.

Conformément à la loi, ce dossier est conservé, actuellement jusqu'aux 28 ans révolus des personnes, dans des conditions hautement sécurisées.

Cette application informatique du ministère de l'éducation nationale a reçu en date du 16 octobre 2017 l'accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) sous le numéro de déclaration 1980013 v 1. Les droits d'accès et de rectification des données par l'élève, ses parents ou ses responsables légaux à l'égard du traitement de données à caractère personnel, prévus par les articles 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978, s'exercent soit sur place, soit par voie postale, soit par voie électronique auprès du médecin de l'éducation nationale ou de l'inspecteur d'académie, directeur académique des services de l'éducation nationale.

Vous pouvez accéder à toutes les informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin que vous désignez sur demande écrite auprès du médecin conseiller technique départemental et en obtenir communication comme prévu dans la **loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé**. Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale.

Cette loi et le décret n°2016-994 du 20 juillet 2016, disposent que toute transmission de données médicales d'un médecin à un autre professionnel de santé doit faire l'objet d'une autorisation préalable.

La transmission du dossier médical scolaire de votre enfant entre professionnels de santé est soumise à ce principe.

Sans opposition écrite de votre part, les données nécessaires au suivi médical de votre enfant pourront être transmises aux professionnels de santé qui auront à le prendre en charge. A tout moment vous pourrez modifier votre décision.

**J'accepte**       **Je refuse**    que les données nécessaires au suivi médical de mon enfant puissent être transmises aux professionnels de santé qui auront à le prendre en charge.

**Lu et approuvé par : (Nom du(des) titulaire(s) de l'autorité parentale)**

**Nom de l'élève :**

**Date :**

**Signature(s) :**

**FICHE INFIRMERIE CONFIDENTIELLE**

Nom de l'élève :  Prénom :

Date de naissance :

Établissement précédent :

En cas d'urgence, coordonnées téléphoniques des parents :

PERE :

MERE :

Profession :

Profession :

☎ travail :

☎ travail :

Personnes susceptibles de vous prévenir rapidement et/ou de récupérer l'enfant :

Nom :

Tel :

Nom :

Tel :

**Traitement :**

En dehors de tout PAI (Projet d'accueil individualisé) si votre enfant doit prendre un traitement pendant les heures au collège, vous voudrez bien nous adresser un double de l'ordonnance avec pour mention « à administrer par l'infirmière ou le personnel de la vie scolaire ». Les médicaments doivent être déposés obligatoirement à l'infirmerie.

En cas d'asthme, l'élève est autorisé à avoir sur lui son inhalateur. Toutefois, le médecin traitant devra impérativement fournir une ordonnance.

**Situation médicale :**

◆ Médecin traitant : Nom :  Tel :

adresse :

◆ Problème de santé actuel :

◆ Antécédents médicaux et chirurgicaux :

◆ Votre enfant bénéficie d'un Projet d'Accueil Individualisé :  Non  Oui, pour la pathologie suivante :

◆ Votre enfant suit un traitement régulier :  Non  Oui, lequel :

◆ Votre enfant est-il allergique à des médicaments :  Non  Oui, le(s)quel(s) :

◆ Votre enfant a-t-il une ou des allergies :  Non  Oui, la(les)quelle(s) :

◆ Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier :  Non  Oui, lequel :

◆ Votre enfant est asthmatique :  Non  Oui, sans traitement

1/2  Oui, avec ce traitement :

◆ Votre enfant est épileptique :  Non  Oui, sans traitement

Oui, avec ce traitement :

◆ Votre enfant a un dossier MDPH (Maison départementale du Handicap) :  Non  Oui

Si oui, motif et aménagement scolaire demandé :

◆ Votre enfant a une déficience visuelle :  Non  Oui

◆ Votre enfant a une déficience auditive :  Non  Oui

◆ Autre déficience, précisez :

**Situation pédagogique :**

◆ Votre enfant est dyslexique :  Non  Oui

◆ Votre enfant est actuellement suivi par un orthophoniste :  Non  Oui

Si oui, merci d'indiquer le nom de l'orthophoniste :

Votre enfant bénéficie d'un aménagement pédagogique (PAP) :  Non  Oui

◆ Votre enfant est actuellement suivi par un autre service spécialisé :  Non  Oui, lequel :

**Autres renseignements que vous souhaitez communiquer :**

Le

**Signature :**

***Ce document est à remettre sous pli cacheté, à l'attention de l'équipe infirmière avec le dossier d'inscription de votre enfant.***

***Merci de votre collaboration***

***L'équipe infirmière/adresse mail : [inf.chagall@ac-poitiers.fr](mailto:inf.chagall@ac-poitiers.fr)***