**Nom :** zone de saisie **Prénom :** zone de saisie

**Niveau demandé (6ème-5 ème -4 ème -3 ème):** zone de saisie.

**Demande d’admission à l’internat pour l’année scolaire 2020-2021.**

En Charente Maritime, seuls les collèges **René Caillié à SAINTES et Pierre Loti à ROCHEFORT**   
proposent un internat scolaire.

Si vous souhaitez déposer une **demande auprès des deux** collèges, indiquez l’ordre des établissements choisis

**🞎 Vœu 1 : Collège** zone de saisie. **🞎 Vœu 2 : Collège** zone de saisie.

**Ce dossier doit être renvoyé uniquement à l’établissement choisi en vœu 1,**

**qui en fera copie à l’établissement demandé en vœu 2.**

**À retourner à M. le Principal du collège René Caillié**

**avant le lundi 25 mai 2020 2 rue de la marine BP 20301**

**17107 SAINTES cedex**

*Pour les élèves qui désirent entrer à l’internat uniquement s’ils réussissent le concours d’entrée à une section sportive scolaire :*

*⮱ Un dossier leur est remis le jour du concours et doit nous être renvoyé 48h après la réception des résultats.  
 ⮱ ces élèves sont prioritaires, donc n’ont pas à remplir les parties signalées par le logo*

**L’admission est prononcée,** après examen des dossiers de candidature, **par une commission départementale,** qui se réunit à la direction départementale de l’éducation nationale (DSDEN) à La Rochelle (mi-juin en général).

* **Ce dossier est un dossier de CANDIDATURE** à l’admission à l’internat, **ET NON D’INSCRIPTION.**

**Les élèves admis seront contactés** par la direction académique de Charente-Maritime **avant vendredi 3 juillet 2020** pour qu’ils puissent confirmer leur inscription.

*⮱* **LES RESPONSABLES LÉGAUX DEVRONT ALORS REMPLIR LE DOSSIER D’INSCRIPTION AU COLLÈGE** et **recevront tous les renseignements utiles** (conditions d’accueil, règlement intérieur, trousseau, etc…).

* L’internat du collège René Caillié, SAINTES, ouvert de 7h30 le lundi à 17h le vendredi, s’adresse prioritairement aux **élèves du département de Charente-Maritime**, mais **peut accueillir tout autre élève** dans la mesure où :
* **il reste des places disponibles*.***
* **un correspondant local peut prendre en charge l’élève** en cas de besoin (cf  partie 1).
* L’encadrement des élèves en internat scolaire, hors temps de classe, est assuré par des assistants d’éducation. Ils aident les élèves à faire leurs devoirs, organisent l’animation, encadrent des temps de vie collective. **Ainsi, les élèves trouvent un environnement favorable à leur réussite scolaire, mais :**
* l’internat accueille **des élèves volontaires qui ne présentent pas de problème de comportement important,** ont intégré les règles de vie en **collectivité et sont capables d’une certaine autonomie.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Périodes** |  | **Internat** |
| 1er trimestre  (sept – déc 2019) | 70 jours | 506.80 € |
| 2ème trimestre  (janvier – mars 2020) | 55 jours | 398.20 € |
| 3ème trimestre  (avril – juillet 2020) | 55 jours | 398.20 € |
| **Montant annuel 2019-2020** | **180 jours** | **1 303.20 €**  Soit  7.24€/ journée |

* **l’internat n’est pas destiné à résoudre des situations qui relèvent de problèmes personnels ou parentaux.**
* **Pour repère, les tarifs 2019-20.**

Les tarifs 2020-21 seront votés en octobre 2020 par le conseil départemental, mais resteront proches de ceux ci-contre. La mensualisation est possible.

Il existe des aides versées en fonction des revenus :

* bourses de collège
* prime d’internat (3\*86€=258€ pour l’année 2019-20)

**SOMMAIRE DU DOSSIER.**

**PARTIE ➀ :** à renseigner par **les RESPONSABLES LÉGAUX ET L’ELEVE CONCERNÉ** **pages 3 & 4**

**PARTIE ➁ :** à renseigner par **LE COLLÈGE OU L’ÉCOLE D’ORIGINE pages 5 & 6**

* **Assistant(e) sociale** *(: pour élèves admis en section sportive scolaire : ne pas faire remplir)*
* **Médecin scolaire ou de famille** *( pour élèves admis en section sportive scolaire : ne pas faire remplir)*
* **Psychologue de l’éducation Nationale, pour les élèves scolarisés en collège** *(: pour élèves admis en section sportive scolaire : ne pas faire remplir*
* **Directeur/directrice de l’école d’origine ou principal(e) du collège d’origine** *(: pour élèves admis en section sportive scolaire : ne pas faire remplir*

**PARTIE ➂ :** à renseigner par **LE COLLÈGE DEMANDÉ ET LES AUTORITÉS ACADÉMIQUES** **page 7**

* **Assistant(e) social(e) du collège demandé** *(:: pour élèves admis en section sportive scolaire : ne pas remplir)*
* **Principal(e) du collège demandé**
* **Commission d’admission**
* **Directrice Académique des Services Départementaux de l'Éducation Nationale de la Charente Maritime.**
* **Annexe 1 : Compte-rendu de L’ÉVALUATION SOCIALE pages 8 & 9**

*(: pour élèves admis en section sportive scolaire : ne pas remplir)*

**A joindre au dossier par l’assistant(e) social(e), sous pli cacheté portant la mention CONFIDENTIEL.**

* **Annexe 2 : RENSEIGNEMENTS MEDICAUX pages 10 & 11**

*(: pour élèves admis en section sportive scolaire : ne pas remplir)*

**A joindre au dossier par le médecin scolaire ou de famille, sous pli cacheté portant la mention CONFIDENTIEL.**

**ou à transmettre aux médecins scolaires du ou des collège(s) demandé(s)**

**Pièces à joindre à votre demande.**

* **CE DOSSIER**, accompagné d’un **COURRIER PRECISANT LES RAISONS DE LA DEMANDE D’INTERNAT**

et de tout document susceptible d’éclairer la demande.

* Pour les **élèves qui sont en CM2** et entrent en 6ème:

⮱ photocopies des **GRILLES D’ÉVALUATION** de l'année en cours (trimestres 1 et 2).

* pour les **élèves qui sont déjà en collège**:

⮱ photocopies des **BULLETINS TRIMESTRIELS** de l'année en cours (trimestres 1 et 2).

**Tout dossier incomplet recevra un avis défavorable avant la commission d’admission.**

**PARTIE ➀: À RENSEIGNER PAR LES RESPONSABLES LÉGAUX & PAR L’ELEVE CONCERNE**

**MOTIF DE LA DEMANDE D’INTERNAT** (joindre obligatoirement un court courrier explicatif)

zone de saisie.

**Identité DE L’ÉLÈVE**

Civilité : Mlle  M.  Nom : zone de saisie. Prénom : zone de saisie.

Date de naissance : zone de saisie.

Adresse de l’élève : zone de saisie.

Classe suivie durant l’année 2019-20: zone de saisie.Classe demandée à la rentrée 2020 :zone de saisie.

Langue Vivante 1 : zone de saisie. Langue Vivante 2 : zone de saisie. Options éventuelles : zone de saisie.

**1er responsable légal 2ème responsable légal**

Qualité  (Mère, Père, tuteur, .) : zone de saisie.Qualité  (Mère, Père, tuteur,..) :zone de saisie.

Nom :zone de saisie. Nom :zone de saisie.

Prénom :zone de saisie. Prénom :zone de saisie.

Adresse complète ⮷: Adresse complète⮷ :

zone de saisie. zone de saisie.

zone de saisie. zone de saisie.

Téléphone fixe : zone de saisie. Téléphone fixe : zone de saisie.

Téléphone mobile: zone de saisie. Téléphone mobile: zone de saisie.

Courriel : zone de saisie.@zone de saisie. Courriel : zone de saisie.@zone de saisie.

**CORRESPONDANT qui prendra l’élève en charge s’il est malade ou si l’internat doit être très exceptionnellement fermé quelques jours (ex : panne de chauffage)**

*⮱ Ce peut être un des responsables légaux s’il* ***DEMEURE À MOINS D’UNE HEURE DE ROUTE DE L’INTERNAT***

Qualité  (Mère, Père, tuteur, amis …..) : zone de saisie.

Nom : zone de saisie. Prénom : zone de saisie.

Adresse complète : zone de saisie.

Téléphone fixe :zone de saisie. Téléphone mobile:zone de saisie.

Courriel : zone de saisie. @zone de saisie.

**L’élève bénéficie- t-il d’un suivi particulier :**

**médical**  oui  non Si oui, nom du service, coordonnées et personne référente ⮷

zone de saisie.

**social**  oui  non Si oui, nom du service, coordonnées et personne référente ⮷

zone de saisie.

**Signature d’un ou des responsables légal/légaux Signature de l’élève**

**Questionnaire à remplir par l’élève qui demande l’entrée en internat**

* Ce que j’attends de l’internat si j’y suis admis :

zone de saisie.

zone de saisie.

zone de saisie.

* Quelles activités-clubs-actions je souhaite pouvoir faire à l’internat:

zone de saisie.

zone de saisie.

zone de saisie.

* Les disciplines et les activités qui m’intéressent le plus :

zone de saisie.

zone de saisie.

zone de saisie.

* Comment je vois la vie en collectivité

zone de saisie.

zone de saisie.

zone de saisie.

* Mes éventuelles inquiétudes

zone de saisie.

zone de saisie.

zone de saisie.

* Mes points forts :

zone de saisie.

zone de saisie.

zone de saisie.

Date : Signature de l’élève :

**PARTIE➁ À RENSEIGNER PAR LE COLLÈGE OU L’ÉCOLE D’ORIGINE**

Établissement ou école d’origine : …………………………………………………………………………………………………………….

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

N° de téléphone: …………………………………………………………………… Cachet

Courriel : ……………………………………@……………………………………….

PARTIE À RENSEIGNER PAR **L’ASSISTANT(E) SOCIAL(E)** DU COLLÈGE OU DE L’ÉCOLE D’ORIGINE OU DE SECTEUR

*(: pour élèves admis en section sportive scolaire : ne pas faire remplir)*

L’assistant(e) social(e) **joint à ce dossier sous pli cacheté l’annexe 1, compte-rendu de l’évaluation sociale,** et tout document confidentiel complémentaire qu’il juge utile

**Le chef d’établissement d’accueil émettra un avis défavorable avant la commission si l’annexe 1 n’est pas jointe**

Nom : ……………………………………………………………….. Date : ………………………

Coordonnées: ……………………………………………………………….. Signature

………………………………………………………………..

PARTIE À RENSEIGNER PAR **LE MÉDECIN SCOLAIRE** DU COLLÈGE OU DE L’ÉCOLE D’ORIGINE **OU LE MÉDECIN DE FAMILLE**

*(: pour élèves admis en section sportive scolaire : ne pas faire remplir)*

Le médecin **atteste avoir joint à ce dossier sous pli cacheté l’annexe 2, renseignements médicaux,** et tout document confidentiel complémentaire qu’il juge utile ou l’avoir fait parvenir à madame le médecin scolaire du collège René Caillié.

**Le chef d’établissement d’accueil émettra un avis défavorable avant la commission si l’annexe 2 n’est pas jointe.**

Nom : ………………………………………………………………………….. Date : ………………………

Coordonnées: ……………………………………………………………….. Signature

………………………………………………………………..

**Pour les élèves déjà scolarisés en collège :** *(: pour élèves admis en section sportive scolaire : ne pas faire remplir)*

PARTIE À RENSEIGNER **LE/LA PSYCHOLOGUE DE L’EDUCATION NATIONALE (PSY-EN)** DU COLLÈGE D’ORIGINE OU DU CIO

Nom : ……………………………………………………………….. Date : ………………………

CIO de: ………………………………………………………………………….. Signature

Adresse : …………………………………………………………………………..

Entretien avec l’élèveOui **🞏** Non **🞏**

Entretien avec un ou les responsable(s) légal/légauxOui **🞏** Non **🞏**

Évaluation de la **motivation** de l’élève **à intégrer un internat.**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Adéquation de l’entrée en internat avec le projet professionnel** de l’élève et/ou ses aptitudes.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Difficultés éventuelles.**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

AVIS DU/DE LA **DIRECTEUR/DIRECTRICE DE L’ÉCOLE D’ORIGINE** OU DU/DE LA **PRINCIPAL(E) DU COLLÈGE***Avis du conseil des maîtres/du conseil de classe du 2ème trimestre sur le passage dans la classe demandée :   
(: pour élèves admis en section sportive scolaire : ne pas faire remplir)*

***………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………***

***………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………***

***………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………***

***………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………***

***………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………***

Si vous le savez, qui est à l’origine de la demande d’internat :

Les responsables légaux  **🞏** L’élève**🞏** L’école ou le collège d’origine**🞏**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

Avis sur la candidature : Très favorable **🞏** Favorable **🞏** Réservé **🞏**

Nom : ……………………………………………………………….. Date : ………………………

Coordonnées: ……………………………………………………………….. Signature

………………………………………………………………..

**PARTIE ➂ : À RENSEIGNER PAR LE COLLÈGE DEMANDÉ ET LES AUTORITÉS ACADÉMIQUES**

**Avis de L’ASSISTANT(E) SOCIAL(E) du collège demandé**

*(: pour élèves admis en section sportive scolaire : ne pas faire remplir)*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nom: ……………………………………………………………….. Date : ………………………

Signature

**Avis du/de la PRINCIPAL(E) du collège demandé**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

Nom: ……………………………………………………………….. Date : ………………………

Signature

**Avis de la COMMISSION D’ADMISSION**

**Favorable 🞏**

**Défavorable 🞏**

**Motivations dans le cas d’un avis défavorable :**

***………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………***

***………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………***

**Décision de Mme la Directrice Académique des Services Départementaux de l'Education Nationale  
 de la Charente-Maritime**

Favorable **🞏**

Défavorable **🞏**

Motivations dans le cas d’un refus:

***………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………***

***………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………***

La Rochelle, le………………..

Mme Annick BAILLOU

**ANNEXE 1 : COMPTE-RENDU DE L’ÉVALUATION SOCIALE***(: pour élèves admis en section sportive scolaire : ne pas faire remplir)*

****

**Document confidentiel à renseigner par le travailleur social**

(du collège d’origine, du secteur ou en charge d’un accompagnement social ou éducatif)

**à transmettre à la conseillère technique de service social responsable départementale Carole ROBIN :**

**sante-social-scolaire.ia17@ac-poitiers.fr ou carole.robin@ac-poitiers.fr**

Si les responsables légaux ont déposé une **demande auprès des deux collèges**, René Caillié à Saintes et Pierre Loti à Rochefort indiquez l’établissement choisi en priorité.

**🞎 Vœu 1 : Collège………….………………………..… 🞎 Vœu 2 : Collège………….………………………..…**

* **Rempli par**

Nom – Prénom :……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse administrative et numéro de téléphone: ..........................................................................................

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

Courriel : ..........................................................................................

* **L’élève.**

Nom:…………………………………………… Prénom :…………………………………………… 🞏 Fille 🞏 Garçon

Date de naissance : …………………… Lieu de naissance : ………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Établissement scolaire : ………………………..……………………………................................... Classe suivie : ……………

* **Composition de la famille.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Père ❑ Mère ❑** | **Père ❑ Mère ❑** |
| Nom : ………………………………………………………………… | Nom : ………………………………………………………………… |
| Nom de jeune fille : ……………………………………………… |
| Prénom : ……………………………………………………………… | Prénom : ……………………………………………………………… |
| Adresse : ………………………………………………………………  ……………………………………………………………… | Adresse : ………………………………………………………………  ……………………………………………………………… |
| Profession : ………………………………………………………… | Profession : ………………………………………………………… |
| Tél. domicile : ……………………………………………………… | Tél. domicile : ……………………………………………………… |
| Tél. mobile : ………………………………………………………… | Tél. mobile : ………………………………………………………… |

Situation familiale : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Autorité parentale : 🞏 Conjointe……..🞏 Mère……..🞏 Père……..🞏 Autre, à préciser: ………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Résidence habituelle de l’enfant : 🞏 Parents…🞏 Mère...🞏 Père…🞏 Résidence alternée……..🞏 Autre, à préciser:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Activités de loisirs : …………………………………………………………………………………………………………………………………

Activités sportives : …………………………………………………………………………………………………………………………………

* **Fratrie (situer l’enfant intéressé à sa place).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom Prénom | Date de naissance | Lien de parenté | Situation scolaire  ou  professionnelle | Vit-il/elle  au domicile ? |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Évaluation sociale**

Préciser :

* Les souhaits exprimés par les responsables légaux / Adhésion
* Les souhaits de l’enfant / Élaboration du projet / Comportement / Adhésion de l’élève
* Les accompagnements sociaux, éducatifs et judicaires (date et durée des mesures).
* Transport / financement / Relais en cas d’urgence
* Activités/prises en charge extérieures à maintenir
* Et tout élément utile à la compréhension de la situation

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

AVIS DU TRAVAILLEUR SOCIAL……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Date : Signature du travailleur social

**ANNEXE 2 : RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

*(: pour élèves admis en section sportive scolaire : ne pas faire remplir)*

**A renseigner par le MÉDECIN SCOLAIRE DU SECTEUR DU COLLÈGE OU DE L’ÉCOLE D’ORIGINE OU PAR LE MEDECIN DE FAMILLE  
et à joindre au dossier sous PLI CACHETÉ AVEC LA MENTION CONFIDENTIEL**

* **Le médecin**

Nom – prénom :……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse administrative et numéro de téléphone: ..........................................................................................

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

* **L’élève**

Nom:…………………………………………… Prénom :…………………………………………… 🞏 Fille 🞏 Garçon

Date de naissance : …………………… Lieu de naissance : ………………………

Adresse : …..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Établissement scolaire : ………………………..……………………………................................... Classe suivie : ………………

**Bilan médical effectué le :……………………………..**

Préciser :

* Antécédents médicaux et chirurgicaux :
* Personnels :

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

* Familiaux:

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

* Traitements médicamenteux :

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

* Etat général :
* Poids : ………………………….
* Taille : …………………………
* Acuité visuelle **SANS** correction Œil **DROIT**: …………… Acuité visuelle **SANS** correction Œil **GAUCHE** : ……………
* Acuité visuelle **AVEC** correction Œil **DROIT**: …………… Acuité visuelle **AVEC** correction Œil **GAUCHE** : ……………
* Audition : **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**
* Appareil moteur : ……………..**…………………………………………………………………………………………………………………………..**
* Développement psychomoteur : **……………………………………………………………………………………………………………………**
* Autres informations : **…………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

* Consultations ou bilans recommandés : **………………………………………………………………………………………………………….**

**Appréciation générale et conclusion**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Date : Signature du médecin scolaire ou de famille