



**Demande d'inscription  
Rentrée 2024 – 2025**

Je / nous, soussigné(s) .....

Père / Mère / Parents / Tuteur légal (entourez les mentions utiles),

Demande(ons) l'inscription de :

Nom : ..... Prénom : .....

En classe de : .....

Je/Nous déclare(ons) être informé(s) que l'inscription serait annulée si l'une des clauses suivantes n'était pas respectée :

→ Frais de dossier et l'avance sur frais de scolarité non versés dans la quinzaine qui suit l'accord du chef d'établissement,

→ Résultats scolaires et décision de fin d'année de passage en classe supérieure (pour une demande en classe élémentaire) non transmis au plus tard **le 8 juillet 2024,**

→ Certificat de radiation de l'établissement d'origine non transmis au plus tard **le 8 juillet 2024,**

→ Exeat ou quitus de l'établissement d'origine non transmis au plus tard **le 8 juillet 2024**  
(uniquement pour les enfants qui viennent d'un établissement privé).

A ..... le .....

Signature du père\*

Signature de la mère\*

**\*Les deux signatures sont obligatoires**



Photo  
d'identité  
à coller

**Fiche administrative  
Rentrée 2024 - 2025**

Est-ce votre première demande d'inscription ? :  OUI  NON

Si non, pour quelle classe et en quelle année ? : .....

Connaissez-vous d'autres enfants dans l'école ? : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉLÈVE**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : Masculin  Féminin

Lieu de naissance : ..... Arrondissement : .....

Nationalité : ..... N° Département ou pays de naissance : .....

Classe suivie en 2023-2024 : ..... Classe demandée en 2024-2025 : .....

Redoublant :  OUI  NON

Nom et adresse de l'établissement actuel : .....

PRIVE  PUBLIC  HORS CONTRAT

Si vous inscrivez votre enfant en maternelle et qu'il n'a jamais été scolarisé, était-il en crèche auparavant ?

Si oui, laquelle ? .....

Si non, quel était le mode de garde ? .....

Religion : ..... Date de baptême : ..... Paroisse ou Commune : .....

Régime : Demi-pensionnaire :  Externe :  Garderie/Étude :  OUI  NON

**Frère(s) et soeur(s) déjà scolarisé(s) dans l'établissement (2023-2024) :**

| Nom et Prénom | Date de naissance | Classe |
|---------------|-------------------|--------|
| .....         | .....             | .....  |
| .....         | .....             | .....  |
| .....         | .....             | .....  |

**Frère(s) et sœur(s) scolarisé(s) dans un autre établissement (2023-2024) :**

| Nom et Prénom | Date de naissance | Et. scolaire | Classe |
|---------------|-------------------|--------------|--------|
| .....         | .....             | .....        | .....  |
| .....         | .....             | .....        | .....  |
| .....         | .....             | .....        | .....  |



Adresse de l'élève : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE**

Nom(s) Responsable(s) légal(aux) de l'élève : .....

Parenté : ..... Appellation :      Mr et Mme\*   Mr\*   Mme\*

Situation familiale :  Célibataire  Mariés  Pacsés  Divorcés  Séparés  Veuf(ve)  Union libre

**Renseignements du père :**

Nom : .....

Prénom : .....

Tél. portable : .....

Tél. travail : .....

Mail : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : .....

Ville : .....

Occupe un emploi    oui                       non

Profession : .....

Société : .....

**Renseignements de la mère :**

Nom marital : .....

Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Tél. portable : .....

Tél. travail : .....

Mail : .....

Adresse (si différente): .....

.....

Code Postal : .....

Ville : .....

Occupe un emploi    oui                       non

Profession : .....

Société : .....

\*Rayer les mentions inutiles



**Fiche médicale**  
**Rentrée 2024 – 2025**

NOM : ..... Prénom : .....

Classe demandée en 2024 – 2025 : .....

L'enfant est-il vacciné ? :  OUI  NON

*Joindre les photocopies des pages « vaccination » du carnet de santé. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, fournir un certificat médical de contre-indication. Nous attirons votre attention sur le fait que le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.*

**Renseignements indispensables en cas de problème médical :**

**Maladie, maladie génétique, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...**

Merci de préciser les dates et les précautions à prendre

.....  
.....

**Allergies**

Asthme :  OUI  NON

Alimentaire :  OUI  NON

Autres :  OUI  NON

Médicaments :  OUI  NON

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, un PAI « projet accueil individualisé » est à remplir obligatoirement avec le dossier de rentrée) :

.....  
.....

Problèmes de vue :  OUI  NON

Problèmes d'audition :  OUI  NON

Rééducation orthophonique :  OUI  NON

en cours :  OUI  NON depuis : .....

passée :  OUI  NON date : .....

Praticien à contacter : .....

Autre rééducation : .....

Nom du médecin traitant : .....

Numéro de téléphone : .....

**Recommandations utiles des parents (votre enfant porte des lentilles de contact, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses ou appareil dentaire, etc.) à préciser, merci :**

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



**NOTE CONFIDENTIELLE**

**UNIQUEMENT POUR LES ELEVES ACTUELLEMENT SCOLARISES EN ECOLE CATHOLIQUE**

S'il n'y a pas de dégradation du travail et du comportement et sous réserve de l'avis du conseil de classe de fin d'année, l'élève :

.....

pourra entrer en classe de : .....à la rentrée prochaine.

Appréciations du Chef d'établissement :

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

Date et signature du chef d'établissement

Cachet de l'établissement

Note confidentielle à retourner par le Chef d'établissement dès réception et directement à :

Ecole Catholique Sainte Marie  
Secrétariat des inscriptions  
54-56 rue Edouard Vaillant 92300 Levallois  
Tel : 01 47 37 57 76  
Secretariat.ecole@stmarie-stjustin.org

Un dossier n'est examiné que lorsque cette note nous est parvenue. Dans l'intérêt des familles, l'envoi de ce document est donc à effectuer dans les meilleurs délais possibles par courrier ou par mail.