

Direction de l'Éducation de la province Sud
(DES)
55, rue Georges Clémenceau
BP L1, 98849 Nouméa cedex
Tél. 20 49 00 - Fax 20 30 23
des.bureau-ecoles@province-sud.nc

INSCRIPTIONS SCOLAIRES FICHE DE RENSEIGNEMENTS

CADRE RESERVE A L'ECOLE

Matricule élève _____ Bourse N° _____
Assurance _____ N° de police _____

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

Genre M F
Nom (État civil)* _____ Nom usuel (autre nom) _____
Premier prénom de l'état civil* _____ Autres prénoms de l'état civil* _____
Autres prénoms utilisés _____
Date de naissance* (jj/mm/aaaa) _____ Lieu de naissance* _____
Département de naissance* _____ Pays _____
Nationalité _____ Langues parlées en famille Français Autre: _____
L'enfant est-il boursier Oui Non Si oui, numéro de matricule* _____
Assurance scolaire Oui Non Si oui, compagnie d'assurance* _____

IDENTITÉ DES RESPONSABLES

Père		Mère	
*Nom		*Nom	
*Prénoms		*Prénoms	
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
*Adresse		*Adresse	
Contact	Tél. domicile Tél. travail Tél. portable	Contact	Tél. domicile Tél. travail Tél. portable
Adresse mail		Adresse mail	
Profession		Profession	
Employeur		Employeur	
Autre représentant légal (tuteur)		Modalités de garde de l'enfant (parents séparés/divorcés)	
Nom		Résidence principale	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____
Prénoms		Résidence alternée	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre(préciser) _____
Lien avec l'enfant		Résidence secondaire	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Commentaires:	
Adresse			
Contact	Tél. domicile Tél. travail Tél. portable		
Adresse mail			
Profession			
Employeur			
Frères et sœurs			
Nom	Prénom	Date de naissance	Classe

SANTÉ

Couverture sociale principale RUAMM/CAFAT
 Aide médicale gratuite A
 Aide médicale gratuite B
 Autre
Numéro _____

Mutuelle complémentaire Mutuelle des fonctionnaires
 Mutuelle du commerce
 Autre
Numéro _____

Médecin traitant _____ Contact _____

L'enfant est-il en situation de handicap ? Oui Non Si oui → A-t-il un accompagnateur de vie ? Oui Non

Votre enfant a-t-il déjà été : Opéré Oui Non
Hospitalisé Oui Non

Votre enfant a-t-il? Allergie Oui Non Préciser _____

Merci de préciser le type d'hospitalisation et / ou d'opération :

Asthme Oui Non
Appareil auditif Oui Non
Diabète Oui Non
Epilepsie Oui Non
Lunettes Oui Non
Malaises, pertes de connaissance Oui Non
Maladie du cœur Oui Non
Maladie hémorragique Oui Non
Maladie des muscles Oui Non
Contre-indication médicale Oui Non - *contre-indication signée d'un médecin*
Votre enfant suit une rééducation Oui Non

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI*:

Oui Non

* Projet d'accueil individualisé

EN CAS D'URGENCE

Autorise, en cas d'urgence médicalement justifiée, une hospitalisation, tout examen, investigation et intervention nécessités par l'état de mon enfant, y compris l'anesthésie générale

Contact en cas d'urgence N°1 Nom - Prénom _____ Portable _____
N°2 Nom - Prénom _____ Portable _____
N°3 Nom - Prénom _____ Portable _____

AUTORISATION PARENTALE DE DROIT À L'IMAGE

Autorise N'autorise pas

- Toutes communications internes à l'école
 Toutes communications externes (radio, TV, journaux, photos de classe...)
 Toutes communications dans le cadre spécifique de l'ENT (environnement numérique de travail) pour les écoles concernées.

SCOLARITÉ

École fréquentée l'année précédente _____ Niveau _____

Votre enfant a-t-il redoublé une classe? Oui Non

Si oui laquelle _____

PÉRISCOLAIRE

L'enfant est-il inscrit à la cantine ? Oui Non du _____ au _____

Problème alimentaire à déclarer ? Oui Non Restrictions alimentaires ? Oui Non

Garderie

Matin Oui Non
Mercredi midi Oui Non
Après-midi Oui Non
Étude surveillée Oui Non

Internat

Élève interne Oui Non
Établissement _____
À partir du _____
Jusqu'au _____

Je soussigné(e) nom et prénom _____

Fait le (jj/mm/aaaa) _____ À _____

Déclare sur l'honneur que les renseignements indiqués sont exacts. Signature

--	--

Direction de l'Éducation de la province Sud (DES)

55, rue Georges Clémenceau

BP L1, 98849 Nouméa cedex

Tél. 20 49 00 ou 20 49 78 - Fax 20 30 23

des.bureau-ecoles@province-sud.nc