****

**DEMANDE D’INSCRIPTION 2019/2020**

**RENSEIGNEMENTS ELEVE**

Nom de l’élève : .....................................

Prénoms : .............................................

IMPRIME 3

❒ Garçon ❒ Fille Régime : ❒ Demi-pensionnaire ❒ Externe

 Date de naissance :.............................................. Lieu de naissance : ....................................................

 Pays de naissance:………………………………………… Nationalité................................................................

**Classe demandée : …………………………**

Etablissement actuel :

Nom : .......................................................................................... Ville : ……………………………………..

En classe de ……………….

LV1 : ........................................................... LV2 : ..............................................

Elève boursier : ❒ oui ❒ non

Classe(s) redoublée(s) : ........................................................................................

 Remarques particulières\* :

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

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

 \* Si l’élève bénéficie d’un PPS ou d’un suivi MDPH, le joindre au dossier d’inscription.

***Merci de joindre un chèque de 20€ correspondant aux frais de dossier.***

 *A ......................................... le ...............................*

 *Signature*

IMPRIME 4

**RENSEIGNEMENTS RESPONSABLES**

**Représentant 1 lien avec l’enfant :** ....................................................

**Représentant 2 lien avec l’enfant :** ........................................................

Civilité : ❒ Monsieur ❒Madame

NOM : ...............................................................

Prénom : ...........................................................

Né(e) le : ............................. à : ..................................................... Profession : ……………………………………….………….

merci de reporter le numéro correspondant (voir tableau en dernière page) : Civilité : ❒ Monsieur ❒Madame

NOM : ...................................................................

Prénom : ...............................................................

Né(e) le : ................................. à : ......................................................... Profession : ……………………………………….………….

merci de reporter le numéro correspondant du tableau (voir tableau en dernière page) :

Nom de la société : ...................................................................................... Tél professionnel : .....................

Tél portable : ..............................

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

Adresse domicile :

..................................................................................................................... Code postal : ............ Ville : ..............................................................

Tél. domicile : .............................

Nom de la société : .............................................................................................. Tél professionnel : .........................

Tél portable : ..................................

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

Adresse domicile (*si différente d représentant 1*):

............................................................................................................................ Code postal : ................ Ville : .................................................................

Tél. domicile : ................................

 **Situation de famille** : ❒ Mariés / Vie maritale ❒ Célibataire ❒ Séparé(e) / divorcé(e) ❒ Veuf/veuve

**Y a-t-il des frères et sœurs ?** ❒non ❒ oui combien ? ......

Nom(s) Prénom(s), classe(s) des enfants déjà scolarisés à Saint Joseph : .....................................................................................................................................

**Signatures des représentants et de l’élève :Signatures des représentants et de l’élève (Si parents divorcés ou séparés, signature obligatoire des deux parents):**

IMPRIME 5

**RENSEIGNEMENT MEDICAUX**

Y a-t-il des problèmes de santé dans la famille?

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

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

**Renseignements médicaux concernant l'enfant**

Indiquer ici, avec leurs dates, les difficultés de santé ( maladies, accidents ...), les hospitalisations,

opérations, rééducations:..............................................................................................................................

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? (Si traitement sur temps scolaire joindre le PAI)

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

S'il prend des médicaments, lesquels ? ..........................................................................................................

S'il est suivi dans une consultation spécialisée, laquelle ? (Orthophonie, psychomotricité …)

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

A-t-il des allergies ? ……………………………………………………………………………………………………………………….

**Au cas où une hospitalisation d'urgence serait nécessaire, dans quel hôpital\* voudriez-vous que votre enfant soit conduit ? :**

 Hôpital :…………………………………………………………………………………….

L'enfant est-il à jour de ses vaccinations? ❒ oui ❒ non

Date du dernier rappel : …………………………………………………………………………………………………………………

Autres observations relatives à la santé de l'enfant ........................................................................................

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

**AUTORISATION D’OPERER**

Mr/Mme.....................................................................autorise(ent) le Chef d’établissement à prendre toutes les mesures nécessaires rapidement au cas où selon l'avis du médecin, une intervention chirurgicale s'imposerait.

pour leur ❒fils ❒fille……………………….. en classe de .................................au cours de sa scolarité à l'Institution Saint Joseph du Moncel à Pont Ste Maxence (Oise )

 à ................................................... le ...............................

 Signature(s).

\*Le choix de l’hôpital restant néanmoins soumis à la procédure de régulation des Services d’Urgences.

**Profession**

**(rubrique « *profession* » renseignements responsables)**

**1 - Agriculteurs**

**10 Agriculteur exploitant**

Cultivateur, Entrepreneur de travaux agricoles (moins de

10 salariés),…

**2 - Artisans – commerçants - chefs d’entreprise**

**21 Artisan**

Artisan Boulanger, Pâtissier, Boucher, Plombier, Menuisier, Mécanicien,….

**22 Commerçant et assimilé**

Tous commerces ou prestataires de service de moins de

10 salariés : Epicier, Cafetier, Agent immobilier,…

**23 Chef d’entreprise de 10 salariés et plus**

**3 - Cadres – professions intellectuelles**

**31 Profession libérale**

Architecte, Médecin, Expert-comptable,…

**33 Cadre de la fonction publique**

Inspecteur, Administrateur,…

**34 Professeur et assimilé**

Proviseur, Principal, Conseiller d’orientation,…

**35 Profession de l’information**, **des arts et des spectacles**

Journaliste, Danseur, Comédien,…

**37 Cadre administratif et commercial d’entreprise**

Directeur d’agence bancaire…

**38 Ingénieur, Cadre technique d’entreprise**

**4 - Professions intermédiaires**

**42 Instituteur et Assimilé**

Directeur d’école, Conseiller d’éducation,….

**43 Profession intermédiaire, Santé et du travail social**

Puéricultrice, Assistante sociale, Educateur spécialisé,…

**44 Clergé, Religieux**

**45 Profession intermédiaire administratif fonction publique**

Inspecteur de police, Secrétaire administrative,…

**46 Profession intermédiaire administrative et commerciale d’entreprise**

Comptable, Secrétaire de direction, Photographe,…

 **47 Technicien**

 Dessinateur industriel, Chimiste, Analyste, …

**48 Contremaitre – Agent de maîtrise**

Conducteur de travaux, Chef de cuisine,…

**5 – Employés**

**52 Employé civil – Agent de service fonction publique**

Aide soignante, Agent administratif, Standardiste,…

**53 Policier, Militaire**

Gendarme, Agent de police, Agent de sécurité,…

**54 Employé administratif d’entreprise**

Hôtesse d’accueil, Standardiste, Secrétaire,…

**55 Employé de commerce**

Vendeur, Caissière, Pompiste,…

**56 Personnels - Services directs aux particuliers**

**6 - Ouvriers**

**62 Ouvrier qualifié dans l’industrie**

**63 Ouvrier qualifié dans l’artisanat**

**67 Ouvrier non qualifié dans l’industrie**

**68 Ouvrier non qualifié dans l’artisanat**

**69 Ouvrier agricole**

**7 - Retraités**

**71 Retraité Agriculteur exploitant**

**72 Retraité Artisan, Commerçant, Chef d’entreprise**

**73 Retraité Cadre, Profession intermédiaire**

**74 Retraité cadre**

**75 Retraité profession intermédiaire**

**77 Retraité Employé**

**78 Retraité ouvrier**

**8 – 9 Autres**

**81 Chômeur n’ayant jamais travaillé**

**82 Personne sans activité professionnelle**

**99 Non renseignée( Inconnue ou sans objet)**

*Elèves sous tutelle des services sociaux.*