

Collège Victor Schoelcher



Avenue Pariacabo

B.P 728

97387 Kourou cedex

Dossier d'inscription

Année scolaire 2020-2021



Nom.....

Prénom.....

Classe

Année Scolaire 2020-2021

AUTRES CONTACTS

CONTACT 1 :

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

Tél : Domicile : ----- Travail : ----- Portable :

CONTACT 2 :

NOM : PRENOM.....

ADRESSE :

N° de Tél : Domicile : ----- Travail : ----- Portable :

AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE DU COLLEGE

EN CAS D'ABSENCE DE PROFESSEUR :

Si suite à l'absence d'un ou plusieurs professeurs, il n'y a pas classe à la dernière heure ou aux dernières heures du matin ou de l'après-midi :

Je soussigné(e) M et/ou Mme

Responsable de..... en classe de.....

autorise/ n'autorise pas (1) mon enfant à rentrer à la maison et ce sous mon entière responsabilité.

(1) *Rayez la mention inutile*

Date et signature des responsables légaux

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné(e) m'engage à suivre

La scolarité de l'enfant..... en classe de

à être présent aux rencontres parents-professeurs et à venir au collège tout au long de l'année en cas de demande du personnel éducatif.

A Kourou le

Signature des parents ou du représentant légal



Autorisation parentale de prise de vue d'un mineur

Je soussigné (e),

Père (Nom et Prénom) -----

Mère (Nom et Prénom) -----

Représentant légal de l'élève (Nom et Prénom) -----

Adresse-----

Autorise le collège Victor Schoelcher

N'autorise pas le collège Victor Schoelcher

A filmer (et/ou photographe) sans contrepartie financière mon enfant mineur :

Nom-----

Prénom-----

Scolarisé (e) pour l'année ----- en classe de -----

Au sein du collège Victor Schoelcher, avenue Pariacabo B.P 728, 97310 Kourou

- A utiliser sans contrepartie financière l'image de mon enfant susmentionnée aux fins d'un document à vocation purement pédagogique interne à l'établissement scolaire.
- A diffuser sans contrepartie financière l'image de mon enfant susmentionné sur un site internet et / ou sur tous supports numériques (cédérom, DVD) à destination des familles des élèves, des personnels de l'Education nationale.

Par conséquent, cette autorisation exclut toute autre utilisation de l'image de mon enfant notamment dans un but commercial ou publicitaire.

Fait à -----

Le -----

Signatures des représentants légaux (Père, Mère) précédées de la mention « lu et approuvé »



Collège Victor SCHOELCHER
 1 av. de Pariacabo
 BP 728
 97387 KOUROU
 Tél.: 0594 22 07 22
 Fax : 0594 32 61 06

Année scolaire
 20....-20....



FICHE D'URGENCE

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL*

A remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.

NOM : **Prénom :** **Classe :**

Date de naissance :

Nom et adresse du responsable légal de l'élève :

Profession :

N° et adresse du centre de sécurité sociale :

N° et adresse de l'assurance scolaire :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Merci de nous faciliter la tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1-Téléphone domicile :

2-Tél. travail Mère : **Poste :**

3-Tél. travail Père : ... Poste :

4-Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Etablissement et Classe fréquentés l'an dernier :

Frères et sœurs dans l'établissement :

Noms et prénoms : Classe :

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'accompagné de sa famille.

L'élève a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? : OUI NON

L'élève a-t-il un aménagement scolaire ? : OUI NON

Si OUI prendre contact avec le service infirmier dès les inscriptions ou au plus tard à la rentrée scolaire. Date du

dernier Rappel de vaccin antitétanique (pour être efficace cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans) :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre)

NOM et numéro de téléphone du MEDECIN TRAITANT

Fait à le

Signature du représentant légal :

** Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement à l'aide de la fiche de renseignements médicaux confidentiels.*



Collège Victor SCHOELCHER
1 av. de Pariacabo
BP 728
97387 KOUROU
T él . : 0594 22 07 22
Fax : 0594 32 61 06

Année scolaire 20...-20...
Classe :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

(à remettre au chef d'établissement sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin et/ou de l'infirmière scolaire)

NOM DE L'ELEVE : PRENOM :

- **Vision (I)** : Lunettes : oui – non (I) Lentilles : oui – non (I)
➤ **Audition (I)** : Bonne – Mauvaise (I)
➤ **Quelles maladies votre enfant a-t-il eues ?**

-
➤ **Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ?** oui – non (I)
Si oui lesquelles ?

- **Votre enfant est-il diabétique ?** oui – non (I)
➤ **Votre enfant est-il épileptique ?** oui – non (I)
➤ **Votre enfant est-il asthmatique ?** oui – non (I)
➤ **Votre enfant est-il drépanocytaire ?** oui – non (I)
➤ **Votre enfant suit-il un traitement ?** oui – non (I)

Si oui lesquelles ?

- **Votre enfant suit-il un régime alimentaire ?** oui – non (I)
Si oui lesquelles ?

Pourquoi ?

Prescrit par un médecin ? oui – non (I)

ALLERGIES

- **Votre enfant est-il allergique ?** oui – non (I)

Si oui : à des médicaments ?

 à des produits alimentaires ?

 à un autre produit ?

Citez lesquels :

(I) rayer la mention inutile

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus

A Kourou le :

Signature des parents ou représentant légal :