



# DOSSIER de RENSEIGNEMENTS « ÉLÈVE » PIÈCES à FOURNIR

**NOM et Prénom de l'élève :** \_\_\_\_\_

**Inscrit(e) en classe de :**     6<sup>ème</sup>       5<sup>ème</sup>       4<sup>ème</sup>       3<sup>ème</sup>

## A remettre le jour du rendez-vous

**Ce dossier doit contenir pour chaque élève :**

- 1 enveloppe Kraft ci-jointe sur laquelle vous indiquez votre adresse et vous collez un timbre pour lettre à 50 gr
- 1 photographie de l'élève (portant son nom au dos)
- ÉTAT CIVIL- 1 photocopie du livret de famille
- Si la **garde d'enfant** est confiée à l'un des parents ou si la **garde est alternée**  
Fournir la copie de la délibération de jugement qui le justifie
- La fiche « renseignements médicaux » (recto-verso) (n°1)
- La fiche sanitaire de liaison «séjours et sorties pédagogiques» (n°2)
- La fiche de contribution familiale et Mandat SEPA (RIB) (recto-verso) (n°3)
- La fiche d'inscription à la pastorale (n°4)
- Le bon de réservation d'un casier et de présence au restaurant scolaire (n°5)
- La fiche d'autorisation (recto-verso) concernant : (n°6)
  - la circulaire relative aux données informatiques,
  - la charte de confiance,
  - le règlement intérieur.
  - la distribution de comprimés d'iodure de potassium,
  - l'autorisation de photographies scolaires

*Les circulaires correspondantes sont envoyées par mail.*

- La fiche d'inscription à l'A.P.E.L. (n°7)
- Le pack de rentrée proposé par l' A.P.E.L.
- Le certificat de radiation (exéat) à demander au chef d'établissement de votre école.

**COLLEGE NOTRE-DAME**

10, rue de la Chapelle Saint-Méen BP58 - 35290 SAINT MEEN-LE-GRAND

Tél : 02 99 09 60 64

E-mail : [notredame.stmeen35@wanadoo.fr](mailto:notredame.stmeen35@wanadoo.fr)





## Fiche « Renseignements médicaux »

(À remplir pour tous les élèves)

1

NOM DE L'ÉLÈVE : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ SOCIAL

PÈRE, MÈRE, TUTEUR LÉGAL (rayer les mentions inutiles)

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Employeur (nom et adresse) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ASSURANCES** : responsabilité civile d'une part qui couvre les dommages causés à autrui (aux autres) et vous avez l'individuelle accident d'autre part qui couvre les dommages corporels de votre enfant individuellement.  
(la responsabilité civile et l'individuelle accident sont obligatoires)

Avez-vous une **responsabilité civile accident** ? : OUI  NON  (attestation à fournir)

Avez-vous **une responsabilité individuelle accident** (cette mention doit figurer sur l'attestation)

OUI  fournir l'attestation **en septembre**

NON  Elle est obligatoire, le collège vous en propose une

avec la Mutuelle St Christophe Paris début septembre

Avez-vous **une complémentaire maladie (mutuelle)** OUI  NON

Préciser les dates des **vaccins et rappels** de votre enfant

BCG : \_\_\_\_\_

TETRACOQ (antitétanique) : \_\_\_\_\_

POLIO : \_\_\_\_\_

AUTRES : \_\_\_\_\_

Contres indications : \_\_\_\_\_

Remarques particulières (**santé de l'enfant, autres. . .**) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**EN CAS D'URGENCE APPELER :**

NOM- ADRESSE- N° DE TEL : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ autorise la Direction du collège Notre Dame de Saint-Méen-le-Grand à prendre toute mesure médicale qu'elle jugerait nécessaire en cas de maladie ou d'hospitalisation de notre enfant.

Lieu d'hospitalisation souhaité : \_\_\_\_\_

Médecin de famille : \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMANDER DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : ..... PRENOM : .....  
 SEXE  GARÇON   FILLE DATE DE NAISSANCE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :		VACCINS PRATIQUES		DATES
Du DT polio				___/___/___
Du DT coq				___/___/___
Du Tétracoq				___/___/___
D'une prise polio	RAPPELS			___/___/___

  

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVIRIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES	DATES	VACCINS	DATES
1 <sup>er</sup> VACCIN	___/___/___	___/___/___		___/___/___
RE Vaccination	___/___/___	1 <sup>er</sup> RAPPEL		___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ? .....

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
		___/___/___
		___/___/___

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBECLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

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

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....  
 .....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ?  non  oui   
 SI OUI, LEQUEL ? .....

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, NOUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  non  occasionnellement  oui   
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?  non  oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRENOMS : .....  
 ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

N° DE S.S. \_\_\_\_\_ N° DE TEL \_\_\_\_\_ DOMICILE \_\_\_\_\_ BUREAU \_\_\_\_\_

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : .....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : ..... Signature : .....

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : .....

Cachet de l'organisme (siège social)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ARRIVEE LE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DEPART LE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)  
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....  
 .....



Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence.

Elles sont susceptibles d'être transmises :

- au service médical de l'établissement,
- aux services médicaux d'urgence,
- en tant que de besoin, aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés,
- et, dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPS, ...) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et paramédicaux, ...)

Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI ou au titre du PPS dont il bénéficie.

Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.

A ....., le .....

Signature des parents

**Contribution familiale**

Madame, Monsieur, \_\_\_\_\_

Parent(s) de : (Nom et prénom) \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**CONTRIBUTION VOLONTAIRE DE TRAVAUX****Règlement de la contribution volontaire de travaux à l' O.G.E.C. Saint Méen-le-Grand**  
(Cocher la case correspondante)  oui  nonElle est portée par votre enfant le plus âgé présent au Collège Notre-Dame, son montant sera réparti sur les 10 mois d'octobre à juillet.**CONTRIBUTION DES FAMILLES ET FRAIS DE SCOLARITE****Règlement par prélèvement automatique mensuel à partir du 12 de chaque mois**  
(Cocher la case correspondante)  oui  nonVous recevrez la facture annuelle **en septembre 2020**Vous trouverez ci-joint **le mandat de prélèvement SEPA à compléter; vous y ajouterez un relevé d'identité bancaire ou postal.****En cas de refus du prélèvement mensuel, prendre contact avec le secrétariat.**Vous recevrez la facture annuelle **en octobre 2020**

Date :

Signature :





## INSCRIPTION PASTORALE 6<sup>e</sup>

4

Nom de l'élève :

Prénom :

demande, après concertation avec ses parents, à s'inscrire dans un des deux suivant

**la Profession de foi 6<sup>e</sup> (Sel de Vie)**

- Date et lieu de baptême : \_\_\_\_\_
- Avez-vous une aube : OUI  NON

**la Culture religieuse**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature des parents,

Signature de l'élève





BON DE RESERVATION DE CASIER

5

NOM et PRENOM de l'élève : \_\_\_\_\_ (1) CLASSE de : \_\_\_\_\_

Monsieur, Madame, \_\_\_\_\_ loue(nt) un casier au prix de \_\_\_\_\_

Le règlement sera fait sur la facture de septembre.

La famille s'engage à faire refaire une autre clé en cas de perte de celle confiée en début d'année.

Date :    /    / 2020    Signature, \_\_\_\_\_

(1) Indiquer le niveau de la Classe

PRÉSENCE AU RESTAURANT SCOLAIRE MUNICIPAL  
ANNÉE SCOLAIRE 2020/2021

M. et Mme ..... indiquent pour la présente année scolaire le régime de leur enfant ..... en classe de ..... :

**EXTERNE**

**DEMI-PENSIONNAIRE**

Lundi       Mardi       Jeudi       Vendredi

(Lorsque votre enfant ne déjeune pas un midi pour raisons personnelles, vous devez nous écrire un mot signé par vous pour renseigner le collègue sur votre demande.)

**IRRÉGULIER**

(Lorsque votre enfant déjeune, vous devez nous donner un mot signé par vous pour renseigner le collègue sur votre demande.)

Fait à ..... le .....

Signature \_\_\_\_\_



## CIRCULAIRE RELATIVE AUX DONNEES INFORMATIQUES

6

Madame, Monsieur ..... parents de :  
NOM : ..... Prénom : .....

ont pris connaissance de la circulaire concernant le droit d'accès aux informations recueillies et au traitement de la protection des données.

Date : ..... Signatures des parents :

### CHARTRE DE CONFIANCE

Madame, Monsieur ..... parents de :  
NOM : ..... Prénom : .....

ont pris connaissance de la charte de confiance

Date : ..... Signatures des parents :

### REGLEMENT INTERIEUR

Madame, Monsieur ..... parents de :  
NOM : ..... Prénom : .....

- ont pris connaissance du règlement intérieur
- s'engagent au respect du règlement intérieur

Date : .....

*Signature de l'élève,*

*Signature du père et de la mère  
ou du responsable légal*



**DISTRIBUTION DE COMPRIMÉS D'IODURE DE POTASSIUM  
AUX ÉLÈVES DES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES  
D'ILLE ET VILAINE**

Je soussigné(e) M.....

Responsable légal de l'enfant :.....

Niveau de classe :.....

**AUTORISE / N'AUTORISE PAS (1)**

Le chef d'établissement ou son représentant du collège Notre Dame  
à donner des comprimés d'iodure de potassium à notre fils / fille de l'établissement, **à la suite du déclenchement du dispositif « ORSEC-IODE » par le Préfet d'Ille-et-Vilaine.**

Cette attestation sera conservée par l'établissement dans le dossier de mon enfant et renouvelée chaque année.

Fait à ..... Le.....

Signature

**AUTORISATION DE PHOTOGRAPHIES SCOLAIRES**

Madame, Monsieur,

La loi nous oblige à demander votre autorisation pour la prise **de photos d'identité**. Sachez qu'il n'y a aucune obligation d'achat même quand le tirage des photographies est effectué.

De plus au cours de l'année scolaire, nous sommes amenés à **prendre des photographies des différentes animations** que nous organisons. Nous faisons paraître nos photographies dans des articles de journaux ou sur notre plaquette. Nous souhaitons également savoir si vous nous autorisez à utiliser des photographies où votre enfant serait visible.

Pour cela nous avons besoin de votre accord que vous voudrez bien nous donner ci-dessous. Cet accord sera valable pour toute la scolarité de votre enfant.

Madame, Monsieur \_\_\_\_\_ parent(s) de (**nom, prénom** de votre jeune)  
\_\_\_\_\_ autorise(nt) la prise de **photos d'identité** de leur jeune.  
 OUI  NON

autorise(nt) la parution de photographies pour des articles de communication  
 OUI  NON

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_.

Signature,



**PARENTS, SOYEZ LES BIENVENUS !**

**BULLETIN D'ADHESION A L'APEL 2020-2021**

Mr / Mme (Nom – Prénom) : .....

Adresse complète : .....  
.....

Adresse mail : .....@..... Téléphone : ...../...../...../...../.....

Nom-Prénom de l'élève et classe : .....

**J'ADHERE A L'APEL POUR CETTE ANNEE 2020-2021 ET JE VERSE :**

19,30 € de cotisation annuelle et familiale\* (soit 16,21 € pour le Mouvement Apel + 3,09 € pour l'APEL du collège)

*Je recevrai le magazine Famille & Education sur l'année 2021 et profiterai des services du mouvement APEL.*

3,09 € de soutien pour l'APEL du collège, si j'ai déjà versé ma cotisation familiale dans un autre établissement.

J'adhère à l'APEL et je suis intéressé(e) pour **rejoindre l'équipe** et souhaite avoir plus d'informations.

Je peux être contacté(e) au ...../...../...../...../.....

ou par mail .....@.....

Je refuse d'adhérer.

**Règlement de la cotisation par prélèvement sur la facture de septembre 2020.**

**JE SOUHAITE ETRE PARENT CORRESPONDANT AUX CONSEILS DE CLASSE :  OUI  NON**

**A remettre avec le dossier d'inscription.**

Pour une bonne gestion entre le Collège et l'Apel, le bulletin d'adhésion doit être rempli dans tous les cas.



DEVENIR ADHERENT A L'APEL SIGNIFIE QUE VOUS SOUTENEZ NOS ACTIONS AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT, LE MOUVEMENT DES APEL ET NOTRE PLACE DE PARENTS.

SI VOUS SOUHAITEZ VOUS ENGAGER DAVANTAGE, VOUS POUVEZ REJOINDRE NOTRE CONSEIL D'ADMINISTRATION LORS DE NOTRE PROCHAINE ASSEMBLEE GENERALE.

MERCI POUR VOTRE SOUTIEN !

POUR NOUS JOINDRE : [apelcollegendstmeen@gmail.com](mailto:apelcollegendstmeen@gmail.com)