



**DEMANDE  
D'INSCRIPTION EN  
MATERNELLE ET PRIMAIRE  
ANNEE 201.....-201.....**

Classe demandée  
.....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ELEVE**

NOM : ..... Date de naissance : ...../...../.....  
PRENOM : ..... Lieu de naissance : ...../.....  
(ville, département)  
Rang dans la fratrie : ..... Nationalité : .....  
Adresse : .....  
Ville : ..... Code Postal : .....  
Classe actuelle : ..... Nom et Adresse de l'Etablissement actuel :  
.....  
.....  
.....

Environnement linguistique :

1<sup>er</sup> langue : .....  
Autre(s) langue(s) pratiquée(s) en famille :  
.....  
Bilingue :      OUI      NON

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE**

Situation de la famille \* : Mariés – Séparés – Divorcés – Veuf – Veuve – Remariés – Vie maritale  
(\*entourer la bonne réponse)

Libellé de l'adresse :      M. Mme .....  
.....  
Ville : ..... Code Postal : .....  
Téléphone : ...../...../...../...../.....  
e-mail : .....

PERE :      Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse si différente : .....  
Ville : ..... Code Postal : .....  
Téléphone domicile : ...../...../...../...../.....  
Téléphone portable : ...../...../...../...../.....  
Profession : .....  
Téléphone travail : ...../...../...../...../.....  
e-mail : .....

MERE :      Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse si différente : .....  
Ville : ..... Code Postal : .....  
Téléphone domicile : ...../...../...../...../.....  
Téléphone portable : ...../...../...../...../.....  
Profession : .....  
Téléphone travail : ...../...../...../...../.....  
e-mail : .....

En cas de séparation des parents

Chez qui habite l'élève : .....

Qui est le responsable légal : .....

Frères et soeurs					
	Nom	Prénom	Date de Naissance	Classe ou établissement	Elève de Saint Joseph
1					
2					
3					
4					
5					
6					

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES SUR L'ELEVE**

**Religion :**

Si catholique : Baptisé OUI NON

Catéchisé OUI NON Lieu : .....

**Activités extra scolaires :**

.....  
.....

**Problèmes de santé** (maladie – allergie – etc.) : .....

.....  
.....

**Suivi paramédical** (orthophonie - psychomotricité - psychologue – graphothérapie) :

Centre : ..... Nom du spécialiste : .....

Date : .....

Signature du Père :

Signature de la Mère :

**A RENVoyer PAR COURRIER SIMPLE ACCOMPAGNE D'UNE LETTRE DE MOTIVATION**

**A L'ECOLE SAINT JOSEPH**

**A L'ATTENTION DU SECRETARIAT**

**26 RUE GODEFROY 92800 PUTEAUX**