



Inscription - 2025

6^{ème} 5^{ème} 4^{ème} 3^{ème}

Partie réservée à l'administration

Livret de famille

Vaccinations

Couv sociales

18 000 Frs

Reçu n°

Date dépôt :

Informations sur l'enfant :

Nom : Prénom 1 Prénom 2 Prénom 3

Né(e) le Commune de naissance : Sexe : M / F

Mon enfant sera : Externe Demi-pensionnaire Interne

- Dans quel établissement était votre enfant précédemment :
- En quelle classe :

Informations sur la famille ou le tuteur de l'enfant :

1 ^{er} Responsable légal de l'enfant	2 ^{ème} Responsable légal de l'enfant
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre :	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre :
Nom : Prénom :	Nom : Prénom :
Situation maritale : Marié <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/>	Situation maritale : Marié <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/>
Adresse : N° appartement Étage Bâtiment, immeuble, Résidence : N° et nom de la rue ou de la voie : Tribu de BP : Code postal : 988..... Commune :	Adresse : N° appartement Étage Bâtiment, immeuble, Résidence : N° et nom de la rue ou de la voie : Tribu de BP : Code postal : 988..... Commune :
Téléphones : Domicile : Portable : Liste rouge : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Adresse mail lisible : Nom de la personne à contacter en cas d'urgence : Téléphone d'urgence :	Téléphones : Domicile : Portable : Liste rouge : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Adresse mail lisible : Nom de la personne à contacter en cas d'urgence : Téléphone d'urgence :
J'autorise les informations ci-dessus à être transférées aux différents services numériques impliqués dans la gestion de la scolarité de mon enfant. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	J'autorise les informations ci-dessus à être transférées aux différents services numériques impliqués dans la gestion de la scolarité de mon enfant. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
En cas de séparation ou divorce des parents, la garde est-elle alternée ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Nombre total d'enfants : Nombre d'enfants à charge : Nombre d'enfants dans l'établissement : Nombre d'enfants dans le second degré :	Nombre total d'enfants : Nombre d'enfants à charge : Nombre d'enfants dans l'établissement : Nombre d'enfants dans le second degré :
Situation professionnelle : Occupe un emploi <input type="checkbox"/> Au chômage <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Profession : Tel Bureau : Portable professionnel :	Situation professionnelle : Occupe un emploi <input type="checkbox"/> Au chômage <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Profession : Tel Bureau : Portable professionnel :
La facture doit être au nom : du responsable légal uniquement <input type="checkbox"/> des deux responsables <input type="checkbox"/>	
Mode de paiement : Chèque <input type="checkbox"/> Espèce <input type="checkbox"/> Virement <input type="checkbox"/> Part de facturation : 100% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/>	Mode de paiement : Chèque <input type="checkbox"/> Espèce <input type="checkbox"/> Virement <input type="checkbox"/> Part de facturation : 100% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/>

Si une autre personne est responsable de l'enfant, préciser :

Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant :

Tel Domicile : Portable : Tel Bureau :

Qui souhaite recevoir des sms du collège sur son portable ? 1^{er} Responsable 2nd responsable

Si l'enfant prend un transport : Nom du transport Destination :

Informations couvertures et aides sociales sur la famille

CAFAT N° : Mutuelle : N° :

Aide Médicale Carte A ou B N° : Date de Validité

Votre enfant est-il boursier en 2024 ? : Non Nord Iles Sud

Information complémentaire que vous souhaitez porter à notre connaissance :

.....
.....

Date et signature du 1^{er} responsable

Date et signature du 2^{ème} responsable

Couvertures sociales : joindre une photocopie des cartes à jour

Aide Médicale- N° : Validité : du Au

Cafat- N° : Mutuelle : N° :

Autorisation parentale d'intervention chirurgicale :

En cas de nécessité, en dehors de toute urgence, durant le temps scolaire et si vous ne pouvez être avertis, l'établissement peut être amené à conduire votre enfant chez **un médecin du privé** ou **du Centre Médical et Social de Bourail**.

(Vous pouvez préciser votre choix, en précisant le nom du médecin :

En cas d'urgence durant le temps scolaire, l'établissement dirigera votre enfant **au Centre Médical et Social de Bourail** pour y recevoir les soins que nécessite son état et contactera au plus vite le représentant légal.

Nous soussignés, **Responsables légaux**

De l'élève :

Donnons à l'établissement l'autorisation d'organiser son transport **au Centre Médical et Social de Bourail**.

Donnons au médecin l'autorisation de pratiquer sur notre enfant, en cas d'urgence médicalement justifiée, tout examen, investigation et intervention nécessités par son état, y compris l'anesthésie générale, et à évacuer notre enfant vers le Médipôle de Koutio.

Remarque : Pour tout autre dispositif, veuillez préciser votre choix :

SIGNATURES



BP 108 – 98870 BOURAIL
Tél. 44 11 09 / Fax. 44 21 93
@ : sec.col.scoeur@ddec.nc

Autorisation parentale de droit à l'image - Année 2025

Comme vous avez pu le constater le Collège Sacré Cœur possède un site internet et une page Facebook.

Plusieurs informations, photos et vidéos sont publiées sur ces supports.

Pour cela, nous vous demandons de bien vouloir renseigner et signer l'autorisation ci-dessous, autorisant ou refusant la publication de toute information, image ou son de votre enfant.

Nous soussignés, _____

Représentants légaux de l'élève : _____

Autorisons le collège Sacré Cœur à citer le nom de notre enfant, à publier une photo de notre enfant seul ou en groupe, à faire participer notre enfant à des articles, à des émissions, concernant la vie du collège sur le site web du collège, sur sa page Facebook et sur tout support utilisé par l'établissement pour sa promotion

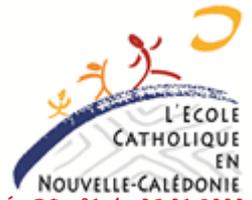
Refusons toute publication de notre enfant

Le ____/____/____

Signature



FICHE INFIRMIERIE 2025



Pour une meilleure prise en charge de votre enfant, il est important que cette fiche soit correctement remplie et signée BO n°1 du 06.01.2000

Élève : Nom et Prénom :

Né(e) le : A

Classe 2024 :

Régime : Externe Demi-pensionnaire Interne* Élève en foyer*

* Pour les élèves internes ou en foyer, précisez le lieu de l'hébergement :

Représentants légaux : Père Mère Tuteur (trice)

Noms, prénoms :et

Nés le : et Contacts téléphoniques : Et

Adresses e-mail :@.....

Et :@.....

Correspondant : Bourail autre (précisez le lieu) :

Nom : Prénom :

Tél : Dom. : Trav. : Mob. :

Couvertures sociales : joindre une photocopie des cartes à jour

Aide Médicale- N° : Validité : du Au

Cafat- N° : Mutuelle : N° :

Vaccinations : joindre une photocopie des vaccins du carnet de santé

Médecin traitant : Tél :

Autorisation de retour en bus (Pour les familles hors de Bourail):

En cas de nécessité d'un retour à domicile pour des raisons de santé, après avoir été informé

J'autorise l'établissement à faire partir mon enfant en bus

Je refuse que l'établissement fasse partir mon enfant en bus

Soins : Nous voudrions attirer votre attention sur le fait que les élèves sont parfois en possession de médicaments.

Quelque-soit l'apparence anodine de ceux-ci, nous souhaiterions, pour des raisons évidentes de sécurité, que la gestion en revienne exclusivement au responsable de santé qu'est l'infirmier scolaire.

Autorisation parentale d'intervention chirurgicale :

En cas de nécessité, en dehors de toute urgence, durant le temps scolaire et si vous ne pouvez être avertis, l'établissement peut être amené à conduire votre enfant chez un **médecin du privé** ou du **Centre Médical et Social de Bourail**.

(Vous pouvez préciser votre choix, en précisant le nom du médecin :

En cas d'urgence durant le temps scolaire, l'établissement dirigera votre enfant **au Centre Médical et Social de Bourail** pour y recevoir les soins que nécessite son état et contactera au plus vite le représentant légal.

Nous soussignés, **Responsables légaux**

De l'élève :

Donnons à l'établissement l'autorisation d'organiser son transport **au Centre Médical et Social de Bourail**.

Donnons au médecin l'autorisation de pratiquer sur notre enfant, en cas d'urgence médicalement justifiée, tout examen, investigation et intervention nécessités par son état, y compris l'anesthésie générale, et à évacuer notre enfant vers le Médipôle de Koutio. **Remarque** : Pour tout autre dispositif, veuillez préciser votre choix :

SIGNATURES

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention de l'infirmier scolaire

Tableau à compléter si l'enfant est :

- atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicaments durant le temps scolaire,
- susceptible de prendre un traitement d'urgence,
- atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements à l'école.

PROBLEMES DE SANTE DE VOTRE ENFANT	OUI	NON	Traitements <i>(Fournir une copie de l'ordonnance)</i>
ALLERGIE (Type d'allergie à préciser) :			
ASTHME			
AUTRE PROBLEME RESPIRATOIRE :			
R.A.A. (Rhumatisme)			
SOUFFLE AU CŒUR			
AUTRE PROBLEME CARDIAQUE :			
DIABETE (Type de diabète à préciser)			
PROBLEMES VISUELS (à préciser) :			
PORT DE LUNETTES OBLIGATOIRE :			
PROBLEMES AUDITIFS (à préciser) :			
HANDICAP (Type d'handicap à préciser) :			
DYSLEXIE :			
SUIVI ORTHOPHONIQUE :			
EPILEPSIE :			
SPASMOPHILIE :			
CONTRE INDICATION D'EPS : <i>Joindre un certificat médical</i>			
TOTALE : <input type="checkbox"/> / PARTIELLE : <input type="checkbox"/>			
SUIVI PSYCHOLOGIQUE :			
AUTRES PROBLEMES DE SANTE (à préciser) :			

En fonction des renseignements portés sur cette page, vous pouvez contacter l'infirmier scolaire pour établir si vous le souhaitez, **un Projet d'Accueil Individualisé**, conformément à la circulaire n°2003-134 du 08/09/2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de santé évoluant sur une longue période.

Vu et pris connaissance,

Signature des parents (obligatoire) :