



**DEMANDE  
D'INSCRIPTION EN  
MATERNELLE ET PRIMAIRE  
ANNEE 2021 -2022**

Photo

Classe demandée : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉLÈVE**

---

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'Établissement 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'ÉCOLE SAINT JOSEPH**

**A L'ATTENTION DU SECRETARIAT**

**26 RUE GODEFROY 92800 PUTEAUX**