

# DEMANDE D'INSCRIPTION

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par : **(nom de l'établissement)** dans le but de : **(objectif du recueil de données)** Elles sont conservées pendant **(durée de conservation)** et sont destinées à **(nom de la personne ou du service utilisateur des données)** Conformément à la loi «RGPD », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : **(nom et adresse mail du référent protection des données)**



Je, soussigné(e)

Madame/Monsieur .....

mère     père     tuteur     tutrice     autre

Adresse .....

Téléphone fixe: ..... Portable : .....

mail : .....

Madame/Monsieur .....

mère     père     tuteur     tutrice     autre

Adresse .....

Téléphone fixe: ..... Portable : .....

mail .....

\* **DEMANDENT au chef d'établissement** .....

\* **de bien vouloir inscrire au titre de nouvel élève :**

NOM ..... Prénom .....

précédemment scolarisé(e) à *(nom et adresse de l'établissement)*.....

en classe de

**Nous nous engageons à ce qu'il (elle) soit scolarisé(e) régulièrement à partir du .....**

**Nous attestons avoir pris connaissance des documents constitutifs du contrat de scolarisation incluant le projet éducatif d'établissement, les conditions financières et le règlement intérieur et nous engageons à les respecter.**

En soumettant ce formulaire j'accepte que les informations saisies soient exploitées dans le cadre de l'école.

*Pour connaître et exercer vos droits, notamment de retrait de votre consentement à l'utilisation des données collectées par ce formulaire, veuillez consulter notre [politique de confidentialité](#)*

Fait à ..... le .....

*Signatures des représentants légaux de l'élève*

Ecole St Joseph rue de la cure 44140 MONTBERT

Tél : 02.40.26.71.80

ec.montbert.st-joseph@ec44.fr

# ATTESTATION DE VACCINATION



**Je soussigné(e)** (NOM et prénom) .....,  
déclare exacts les renseignements portés ci-dessous concernant mon enfant ....., **certifie que l'enfant né(e)**  
le ..... fréquentera l'établissement ci-dessus désigné à partir de .....

## VACCIN OBLIGATOIRE

D.T.P.            3<sup>e</sup> injection            .....

                      1<sup>er</sup> rappel                .....

Fait à .....

le

Signature :

### A remplir dans le cas où le vaccin n'est pas à jour

**Je soussigné(e)** (NOM et prénom) ..... *m'engage à mettre à jour les vaccinations de mon enfant* (NOM et prénom) ..... dans les 3 mois ou à produire un certificat de contre-indication temporaire ou permanent.

Fait à ..... le .....

Signature :

### A remplir en cas de refus systématique de toute vaccination

**Je soussigné(e)** (NOM et prénom) ....., *déclare être pleinement informé(e) des conséquences éventuelles en cas d'épidémie.*

Fait à ..... le .....

Signature :

Joindre un certificat médical

## IMPORTANT : à noter

**Contre-indications médicales :** .....

.....

**Remarques :** L'école garantit la confidentialité de ce document