

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 ^e injection
	1 ^{er} 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