



À RETOURNER SIGNÉ

NOM de la famille :

Rentrée 2025 2026

Enfant(s):

CONTRAT DE SCOLARISATION

Je (nous) soussigné (e.s),

☐ M'engage à **respecter l'assiduité scolaire** pour mon (mes) enfant(s)

☐ Avoir pris connaissance du **règlement intérieur de l'école**,
y adhère et tout mettre en œuvre pour le respecter

☐ Avoir pris connaissance du **coût de la scolarisation** de mon(mes)
enfant(s) et m'engage à en assurer la charge financière

signature



ENGAGEMENT FINANCIER

Nous souhaitons payer les factures OGEC :

☐ Par prélèvement bancaire (tous les 20 du mois)

Pour les nouvelles familles, merci de joindre un RIB

☐ Par virement bancaire

ASSURANCE SCOLAIRE

☐ Nous fournissons à l'école une attestation d'assurance scolaire

☐ Nous souhaitons souscrire à la Mutuelle St Christophe (remplir formulaire)

FICHE(S) DE RENSEIGNEMENTS / VACCINS

☐ J'ai rempli une fiche de renseignement par enfant

☐ J'ai fourni les photocopies des vaccins

(pour les nouveaux élèves ou en cas de modification par rapport à l'année précédente)

GROUPE WHATS'APP

Nous avons un groupe Whats'App pour les classes afin de vous communiquer les informations de dernière minute et envoyer les photos/vidéos. Il ne s'agit pas d'un groupe de discussion mais d'information (conversations bloquées).

☐ Nous autorisons le fait d'être sur le groupe What's App de l'école avec le(s) numéro(s) suivants:

☐ Nous nous engageons à ne pas diffuser ou partager les photos émises par ce groupe dans le cas d'exposition d'autres enfants que le nôtre

Fiche de renseignements



NOM : _____

ELEVE

Prénom: _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance: _____

Classe: _____ Sexe: ☐ F ☐ M

Rentrée 2025-2026

PERE

NOM : _____

Prénom: _____

Date de naissance: ____/____/____

Profession: _____

Adresse: _____

CP: _____

Ville: _____

MERE

NOM : _____

Prénom: _____

Date de naissance: ____/____/____

Profession: _____

Adresse: _____

CP: _____

Ville: _____

 Domicile: _____

Portable : _____

Prof. : _____

Domicile: _____

Portable : _____

Prof. : _____

Email :
_____@_____

Email :
_____@_____

Situation familiale:

- ☐ Couple marié/pacsé/ vie maritale
- ☐ Couple séparé
- ☐ Célibataire / veuf(ve)

RESPONSABLE (SI DIFFERENT DES PARENTS)

NOM : _____ Prénom: _____

Profession: _____

Adresse: _____

CP: _____ Ville: _____

 Domicile: _____ Email : _____@_____

Portable : _____

Fiche de renseignements



SANTÉ

Rentrée 2025-2026

- ☐ PAI
- ☐ Lunettes
- ☐ Allergies

Informations de santé à communiquer: _____

AUTORISATION DE SORTIE

- ☐ Enfant **autorisé** à quitter seul l'établissement
- ☐ Enfant **non autorisé** à quitter seul l'établissement

Personnes autorisées à venir déposer/chercher l'enfant:

- _____
- _____
- _____
- _____

AUTORISATION IMAGE

- ☐ Nous **autorisons** les enseignants à utiliser, dans le cadre pédagogique (journal d'école, site internet, journal local...) des photos de notre enfant prises au cours de activités scolaires.
- ☐ Nous **n'autorisons pas** les enseignants à utiliser, dans le cadre pédagogique (journal d'école, site internet, journal local...) des photos de notre enfant prises au cours de activités scolaires.

J'atteste/ nous attestons de l'exactitude des renseignements et nous engageons à signaler toute modification,

A _____
Le _____

Signature

