



École maternelle et primaire

La Providence

Établissement privé
sous contrat d'association avec l'état

18 rue Escoussières 31250 Revel
Tél: 05-34-66-67-50 / Fax: 05-34-66-67-56
Mail : accueil@laprovidencerevel.fr

Dossier reçu le :

1^{er} rendez-vous le :

Entrée dans l'établissement le :

ÉLÈVE

Nom: Prénom: Sexe:

Né(e) le:/...../..... à (Dpt:) Nationalité:

Classe: Qualité: Ext D-P ½ D-P Panier repas

Adresse:

.....

Tél fixe:-.....-.....-..... Tél portable:-.....-.....-.....

Mail:@.....

Photo

FAMILLE

NOM et prénom du **PÈRE** Profession:

Adresse (si différente de celle de l'enfant):

.....

Tél fixe:-.....-.....-..... Tél port:-.....-.....-..... Tél professionnel:-.....-.....-.....

Mail:@.....

NOM, NOM de jeune fille et prénom de la **MÈRE**

Profession: Adresse (si différente de celle de l'enfant):

.....

Tél fixe:-.....-.....-..... Tél port:-.....-.....-..... Tél professionnel:-.....-.....-.....

Mail:@.....

Situation des parents: mariés / séparés / vie maritale / divorcés (joindre le jugement de divorce)

Nombre d'enfants à charge: Années de naissance:/...../...../...../...../.....

L'enfant vit avec: le père et la mère - la mère - le père - un membre de la famille - autre:

Tuteur ou éducateur responsable (éventuellement) NOM et prénom:

Adresse:

Tél fixe:-.....-.....-..... Tél port:-.....-.....-..... Mail:@.....

AUTORISATIONS & SANTÉ

L'enfant vient à l'école: avec ses parents , en vélo , à pieds , en car

L'enfant est autorisé à partir **seul** de l'établissement à la fin des cours: oui non

Personnes qui peuvent venir chercher l'enfant à l'école et/ou à contacter en cas d'urgence:

NOM et prénom Lien avec l'enfant:

Adresse:

Tél fixe: Tél port: Tél professionnel:

autorisé(e) à venir chercher l'enfant à contacter en cas d'urgence

NOM et prénom Lien avec l'enfant:

Adresse:

Tél fixe: Tél port: Tél professionnel:

autorisé(e) à venir chercher l'enfant à contacter en cas d'urgence

NOM et prénom Lien avec l'enfant:

Adresse:

Tél fixe: Tél port: Tél professionnel:

autorisé(e) à venir chercher l'enfant à contacter en cas d'urgence

Vaccinations: (date DTP).....

Port de lunettes, de lentilles ou de prothèses (dentaires, auditives,...): oui non

Affections, allergies, maladies particulières, traitement régulier (préciser):

Allergies médicamenteuses:

Régime alimentaire spécifique (**attention:** seul un certificat délivré par un allergologue permettra de mettre en place un Protocole d'Accueil Individualisé):

Médecin traitant: Docteur à Tél:

En cas de nécessité, si les circonstances le permettent, dans quel établissement hospitalier souhaiteriez-vous que votre enfant soit transporté:

J'autorise l'établissement à prendre les mesures d'urgence et d'hospitalisation jugées nécessaires.

Assurance responsabilité civile: (Nom de la compagnie).

Individuelle accident: l'établissement a souscrit une assurance couvrant l'ensemble des élèves auprès de la Mutuelle Saint Christophe.

SCOLARITÉ

Etablissement fréquenté en 2010-2011:

Code établissement (n° RNE): Classe fréquentée l'an dernier:

L'élève a-t'il déjà redoublé: oui non Si oui, quelle(s) classe(s):

Remarques générales sur sa scolarité avant d'entrer à la Providence et pouvant aider les enseignants à mieux connaître votre enfant:

Suivi spécifique (merci de préciser quel orthophoniste, psychomotricien, centre de guidance suit votre enfant) ?

DIVERS

Droit à l'image:

- J'autorise } l'établissement à utiliser l'image de mon enfant à des fins pédagogiques
 Je n'autorise pas } ou de communication (plaquette, site de l'établissement, reportages TV, ...)

APEL:

- Je souhaite }
 Je ne souhaite pas } adhérer à l'APEL (20,00€ par famille et par an)

TARIFS 2011-2012

Contributions mensuelles sur 10 mois

| | |
|-------------------------|----------------|
| Scolarité | 45,00€ |
| Demi-pension | 63,00€ |
| Garderie | Gratuite |
| Étude dirigée | 1,50€ par soir |
| Contribution volontaire | 10,00€ ou plus |

Réductions sur la scolarité : 2^{ème} enfant 25%, 3^{ème} enfant 50%, 4^{ème} enfant et suivants gratuité.
Les familles ayant 3 enfants demi-pensionnaires tous les jours bénéficient d'une **remise de 10€** par mois.

Cotisations annuelles

| | |
|---|--------------------------------------|
| DDEC | Comprise dans les frais de scolarité |
| UGSEL | Comprise dans les frais de scolarité |
| Assurance Individuelle Accident | Comprise dans les frais de scolarité |
| APEL | 20,00€ |
| Fournitures | 40,00€ |
| Frais de dossier (1 ^{ère} inscription) | 30,00€ |

La cotisation APEL est volontaire et s'entend par famille.

L'acompte destiné à confirmer l'inscription de votre enfant est de:

- 45,00€ par élève externe
- 108,00€ par élève demi-pensionnaire

PIECES À FOURNIR

- | | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Livret scolaire | <input type="checkbox"/> | Exeat (certificat de radiation) | <input type="checkbox"/> |
| Relevé d'identité bancaire ou postal (RIB ou RIP) | <input type="checkbox"/> | Photocopie du carnet de Santé | <input type="checkbox"/> |
| Photocopie de la carte d'identité ou du livret de famille | <input type="checkbox"/> | Attestation d'assurance (RC) | <input type="checkbox"/> |
| Extrait du jugement de divorce (le cas échéant) | <input type="checkbox"/> | Fiche comptable | <input type="checkbox"/> |
| Acompte (externes: 45 €, demi-pensionnaires: 108 €) | <input type="checkbox"/> | Trois enveloppes timbrées | <input type="checkbox"/> |
| Certificat médical en cas d'allergies ou intolérances Alimentaires. | <input type="checkbox"/> | | |
| Autorisation manuscrite des parents pour permettre à leur enfant de sortir seul de l'école. | <input type="checkbox"/> | | |

Je reconnais avoir pris connaissance du projet éducatif et du règlement intérieur et y adhérer.

Fait à Revel, le / / 2011

| | |
|-------------------|----------------------|
| Signature du père | Signature de la mère |
|-------------------|----------------------|