

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION- 2018/2019

L'école privée de l'Association Éducation pour Tous ouvre les inscriptions pour les classes de CE1 (enfants nés en 2011) CE2 (enfants nés en 2010), CM1 (enfants nés en 2009)

Ce formulaire est à remplir et à renvoyer accompagné d'une lettre de motivation par mail à inscription@aet-trappes.fr ou par voie postale à l'adresse suivante* :

AET, 20 rue Roger Hennequin, 78190 Trappes

**Les dossiers seront traités par ordre d'arrivée*

L'élève

Nom :	Prénom(s) :	Sexe : F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
Date de naissance : / /	Lieu de naissance :	Nationalité :
Adresse:		
Ville :	Code postal :	

Responsables légaux

	Père	Mère
Nom et prénom		
Adresse		
CP/Ville		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Téléphone prof.		
Profession		
E-mail		
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Mariés Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Divorcés (joindre la décision de justice mentionnant le nom du parent qui a la garde de l'enfant)	

Acceptez-vous de recevoir par mail des informations relatives à l'Association Education pour Tous ? OUI NON

Acceptez-vous de recevoir par SMS des informations relatives à l'Association Education pour Tous ? OUI NON

Parcours scolaire antérieur :

Année scolaire	Classe fréquentée	Etablissement et ville
2017/2018		
2016/2017		
2015/2016		

Votre enfant a-t-il déjà bénéficié de soutien scolaire (APC, prise en charge RASED, présence d'une AVS) ?

Oui Non si oui, précisez : _____

Renseignements complémentaires sur l'élève :

• Pratique d'activités extrascolaires : Oui Non

• Si oui, lesquelles ? _____

• Connaissance d'une langue étrangère : Oui Non

Langue	Nbe d'années de pratique	Livre ou édition étudié	Niveau suivi

Votre enfant a-t'il été diagnostiqué pour un trouble d'apprentissage ? Oui Non

• Si oui lequel ? (*Dyslexie, dysorthographe, trouble de l'attention,*)

• Votre enfant a-t'il déjà été suivi par un professionnel en dehors de l'école ? Oui Non

• Si oui, précisez : (*orthophonie, suivi CMP/CMPP, psychomotricité, orthoptie, ergothérapie...*)

Votre enfant est-il en situation de handicap ? Oui Non

Précisez le type de handicap : _____

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique ? (*Allergies, asthme...*) _____

Si oui, suit-il un traitement ? Oui Non

Important : en remplissant le présent formulaire, vous exprimez votre intention d'inscrire votre enfant dans notre établissement. **Le seul fait de le renseigner ne vaut pas confirmation d'inscription.** Il restera soumis aux procédures d'étude des dossiers en vigueur dans notre établissement.

En cas d'acceptation de votre candidature, vous recevrez la notification par voie de courrier ou autre de la décision prononcée.

En cas de refus, notre établissement n'est pas tenu de vous en expliquer le motif et vous ne pourrez prétendre au remboursement des frais de dossiers versés.

Fait à , le/...../.....

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)