



118 Chaussée Jules Césaire

95520 Osny

☎ 0130758000 📠 0130328738

0951403j@ac-versailles.fr

PREMIERE INSCRIPTION AU COLLEGE
ANNEE SCOLAIRE 2020/2021

Pièces du dossier à compléter ou à fournir pour l'inscription administrative

- fiche de renseignements (ne pas y ajouter de photo)
- justificatif de domicile (quittance EDF, Gaz ou téléphone)
- photocopie complète du livret de famille (parents et enfants).
(en cas de divorce ou de séparation veuillez fournir les coordonnées des deux parents)
- fiche cartonnée de renseignements dûment complétée + 1 photo d'identité récente agrafée
(à compléter très scrupuleusement, notamment chaque numéro de téléphone personnel, professionnel ou de toute personne susceptible d'être prévenue en cas d'urgence concernant votre enfant). *à compléter au place.*
- adhésion volontaire de 8 € au F. S. E.

Pièces du dossier médical à compléter

- fiche d'urgence (+ éventuellement la fiche de renseignements médicaux confidentiels)
- imprimé "demande du dossier médical" à compléter

Inscription à la demi-pension

- fiche d'inscription de demi-pension à compléter si l'élève doit prendre ses repas au collège
- La notification du tarif de restauration reçue du Conseil Général (Rest'O collège)
Ou à défaut
- L'attestation de paiement et de quotient familial datée de moins de trois mois de la C. A. F.
- Copie du dernier avis d'Impôts sur le Revenu.

L'élève ne sera définitivement inscrit au Collège la Bruyère qu'après remise du dossier complet.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS



Photo récente
de l'élève

ANNÉE SCOLAIRE : _____

ÉLÈVE : _____

CLASSE : _____

Pour obtenir une réduction du tarif des pensions
indiquer les frères et sœurs fréquentant un établissement du 1^{er} degré, du 2^e degré ou technique

Prénom	Nom Établissement	Commune	Classe	Régime	Année de naissance

AVANT DE REMPLIR CE QUESTIONNAIRE LISEZ ATTENTIVEMENT LES EXPLICATIONS CI-DESSOUS

• Écrivez lisiblement, utilisez les majuscules
d'imprimerie

• Lorsque vous inscrivez un nombre, cadrez-le à
droite et remplissez les cases restantes avec
des zéros.

exemple | 0 , 4 | et non | 4 , |

Boursier : OUI NON

BOURSE PRINCIPALE-NOMBRE DE PARTS : _____ TAUX : _____
BOURSE PRINCIPALE-NOMBRE DE PARTS : _____ TAUX : _____

**POUR LES ÉLÈVES BOURSIERS
PRIÈRE DE JOINDRE UN
RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE
OU POSTAL**

DATE _____

SIGNATURE DU PÈRE :

DE LA MÈRE :

DU RESPONSABLE :
(ÉVENTUELLEMENT)

Les informations que vous êtes tenus de fournir dans ce formulaire font l'objet d'un traitement automatisé d'informations nominatives. La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés vous reconnaît un droit d'accès et de rectification pour les informations vous concernant que vous pouvez exercer soit auprès de votre établissement, soit auprès de votre rectorat d'académie.

NUMEROUS COPY

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACADÉMIE DE RENTRÉE SCOLAIRE



È L È V E

IDENTITÉ

N° Interne N° National Date d'entrée dans l'établissement

Nom de l'élève

Prénoms de l'élève (dans l'ordre de l'état civil)

Sexe M : Masculin F : Féminin

Né(e) le jour mois an

Étranger : 999 Département Commune de Naissance

Pays de Naissance Nationalité

SCOLARITÉ DE L'ANNÉE EN COURS

Nom de l'établissement fréquenté Ville Code postal

Classe / Formation Spécialité

RÉGIME DE L'ÉLÈVE (cocher la case correspondante)

Externe Externe surveillé 1/2 pensionnaire Redoublement Oui Non

1^{ère} option 2^{ème} option 3^{ème} option 4^{ème} option 5^{ème} option 6^{ème} option 7^{ème} option 8^{ème} option

Interne externé Transport scolaire Oui Non Interne hébergé

SCOLARITÉ DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE

Nom de l'établissement fréquenté Ville Code postal

Académie Type d'établissement de provenance Privé Public

1^{ère} option 2^{ème} option 3^{ème} option 4^{ème} option 5^{ème} option 6^{ème} option 7^{ème} option 8^{ème} option

Classe / Formation Spécialité

1^{er} RESPONSABLE LÉGAL

Nom Prénom Lien de parenté avec l'élève

Adresse

Pays Tél. Domicile Tél. Employeur

Tél. Portable Code postal Commune

Courriel

Situation emploi

1 : Occupe un emploi 2 : Au chômage 3 : Préretraite, retraite ou retiré des affaires 4 : Autre situation : sans activité professionnelle et non retraité (femme au foyer...)

Profession Code Nombre d'enfants à charge dans le 2^{ème} degré public (lycées ou collèges) Nombre total d'enfants à charge

Autorisez-vous la communication de vos coordonnées aux associations de parents d'élèves ? Oui Non

2° RESPONSABLE LÉGAL

Nom

Prénom

Lien de parenté avec l'élève

Adresse

Pays

Tél. Domicile

Tél. Employeur

Tél. Portable

Code postal

Commune

Courriel

Situation emploi

1 : Occupe un emploi

2 : Au chômage

3 : Préretraite, retraite ou retiré des affaires

4 : Autre situation : sans activité professionnelle et non retraité (femme au foyer...)

Profession

Code

Nombre d'enfants à charge dans le 2^{ème} degré public (jyrée ou collège)

Nombre total d'enfants à charge

Autorisez-vous la communication de vos coordonnées aux associations de parents d'élèves ?

Oui Non

RESPONSABLE FINANCIER

Nom

Prénom

Adresse (si différente des responsables 1 et 2)

Pays

Tél. Domicile

Tél. Employeur

Tél. Portable

Code postal

Commune

Courriel

Relève d'identité bancaire ou postal

Code Banque

Code Guichet

Numero de compte

Clé

Etablissement

PERSONNE À PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom

Prénom

Lien de parenté avec l'élève

Tél. Domicile

Tél. Employeur

Tél. Portable

Courriel

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Adresse personnelle de l'élève si différente de celle des responsable légaux

Tél. Domicile

Tél. Portable

Courriel

Code postal

Commune

Elève majeur ou émancipé

Oui Non

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

4

N° Sécurité Sociale

Centre de

Assurance scolaire

Oui

Non

N° Police

Nom et adresse de la compagnie

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille ou, pour les élèves internes, selon les modalités définies dans le règlement intérieur de l'établissement.

Date du dernier rappel antitétanique

Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre)

Nom et adresse du médecin traitant

Numéro de téléphone

Si votre enfant est atteint d'une maladie susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein de l'école ou de l'établissement, veuillez renseigner le médecin scolaire et/ou l'infirmière par une note jointe sous pli cacheté.

Date

Signature :

Père

Mère

Résponsable légal

Élève

CODIFICATION DES PROFESSIONS ET CATÉGORIES SOCIALES

AGRICULTEURS

10 - Agriculteurs

ARTISANS, COMMERÇANTS ET CHEFS D'ENTREPRISES

21 - Artisans
22 - Commerçants et assimilés
23 - Chefs d'entreprises de 10 salariés ou plus

CADRES ET PROFESSIONS INTELLECTUELLES SUPÉRIEURES

31 - Professions libérales
33 - Cadres de la fonction publique
34 - Professeurs et assimilés
35 - Professions de l'information, des arts et des spectacles
37 - Cadres administratifs et commerciaux d'entreprises
38 - Ingénieurs et cadres techniques d'entreprises

PROFESSIONS INTERMÉDIAIRES

42 - Instituteurs et assimilés
43 - Professions intermédiaires de la santé et du travail social
44 - Clergé, religieux
45 - Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
46 - Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
47 - Techniciens
48 - Contremaîtres, agent de maîtrise

EMPLOYÉS

52 - Employés civils et agents de service de la fonction publique
53 - Policiers et militaires
54 - Employés administratifs d'entreprises
55 - Employés de commerce
56 - Personnels des services directs aux particuliers

OUVRIERS

61 - Ouvriers qualifiés
66 - Ouvriers non qualifiés
69 - Ouvriers agricoles

RETRAITÉS

71 - Retraités agriculteurs exploitants
72 - Retraités artisans, commerciaux et chefs d'entreprises
73 - Retraités cadres et professions intermédiaires
76 - Retraités employés et ouvriers

AUTRES INACTIFS

81 - Chômeurs n'ayant jamais travaillé
82 - Personnes sans activité professionnelle

Adhésion F.S.E.

Responsable légal :

Nom : _____ Prénom : _____

Elève(s) scolarisé(s) au collège La Bruyère :

Nom : _____ Prénom : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Paiement : en espèces

par chèque à l'ordre du «F.S.E. Collège La Bruyère»

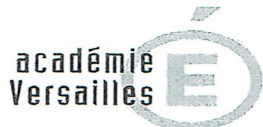
Le : _____ Signature :

8 €
par famille

Merci de fermer l'enveloppe après avoir mis votre règlement.



118 Chaussée Jules César
95520 OSNY
☎ 01 30 75 80 00
☎ 01 30 32 87 38



MINISTÈRE DE
L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE LA JEUNESSE
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

MINISTÈRE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

FICHE D'URGENCE

ANNEE SCOLAIRE 2020/2021

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.

Dès la rentrée, vous pouvez prendre contact avec : Le Service Infirmier : Mme TRIGAUD

En cas d'urgence et après régulation par le SAMU centre 15, un élève est orienté et transporté par les services de secours d'urgence (soit par des transports sanitaires privés, soit par des véhicules du service départemental d'incendie et de secours, soit par une équipe médicale SMUR) vers l'établissement de santé le mieux adapté.

Les responsables légaux sont immédiatement avertis par l'établissement.

UN ELEVE MINEUR NE PEUT SORTIR DE L'HOPITAL QU'ACCOMPAGNE DE SES RESPONSABLES LEGAUX.

De façon à répondre au mieux à ces urgences, nous vous remercions de remplir avec précision les renseignements suivants, en portant une attention toute particulière aux numéros de téléphone (pour lesquels vous voudrez bien nous tenir informés de tout changement en cours d'année).

ELEVE

Nom : Prénom :

Date de naissance : Classe :

Nom et adresse du dernier établissement fréquenté :

Nom et adresse du médecin traitant :

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :
(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

FAMILLE

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

Numéro et adresse du centre de Sécurité Sociale :

Numéro et adresse de l'assurance scolaire :

Numéro de téléphone du domicile :

Numéro du travail du père :

Portable du père :

Numéro du travail de la mère :

Portable de la mère :

Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Date :

Signature des parents ou du représentant légal .:



118 Chaussée Jules César
95520 OSNY
☎ 01 30 75 80 00
☎ 01 30 32 87 38



académie
Versailles

MINISTÈRE DE
L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE LA JEUNESSE
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

MINISTÈRE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE



Liberté - Égalité - Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

(à remettre à l'établissement sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin et/ou de l'infirmière scolaire).

Fiche à compléter si votre enfant est :

- Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire
- Susceptible de prendre un traitement d'urgence
- Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire

ELEVE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Classe :

Adresse :

Tel :

Tel mobile :

Maladie dont souffre votre enfant :

Traitement :

Médecin prescripteur :

Observations particulières :

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés par le médecin ou l'infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire, un projet d'accueil individualisé, conformément à la circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

Cette fiche n'est pas obligatoire ; il en va cependant de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée.

Vu et pris connaissance,

Le représentant légal

Date

Signature

Les médicaments doivent être déposés à l'infirmerie avec le double de l'ordonnance et l'autorisation écrite des responsables légaux.

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

SERVICE de PROMOTION
de la SANTE
en FAVEUR des ELEVES

Date de la demande :

Nom de l'élève :

Prénoms :

Né(e) le :

à

Etablissement où est inscrit l'élève

SERVICE DE SANTE SCOLAIRE
COLLEGE LA BRUYERE
118 chaussée Jules César
95520 OSNY
tel 0130758000
fax 0130328738

Etablissement d'où vient l'élève

NOM :

RueN°.....

Commune.....

Département.....Pays.....

CLASSE :

CLASSE :

Date de la réponse :

EN RETOUR (1)

Dossier complet – Dossier incomplet – Dossier non retrouvé.

Elève non inscrit à l'école indiquée.

Autres raisons de non-envoi :

(1) COCHER LES MENTIONS UTILES.

Cet imprimé, une fois complété, doit être renvoyé avec le dossier médical selon la procédure générale par note de service n° 86-044 du 27 janvier 1986, parue au B. O. n° 6 du 13 février 1986.

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

SERVICE de PROMOTION
de la SANTE
en FAVEUR des ELEVES

Date de la demande :

Nom de l'élève :

Prénoms :

Né(e) le :

à

Etablissement où est inscrit l'élève

SERVICE DE SANTE SCOLAIRE
COLLEGE LA BRUYERE
118 chaussée Jules César
95520 OSNY
tel 0130758000
fax 0130328738

Etablissement d'où vient l'élève

NOM :

RueN°.....

Commune.....

Département.....Pays.....

CLASSE :

CLASSE :

Date de la réponse :

EN RETOUR (1)

Dossier complet – Dossier incomplet – Dossier non retrouvé.

Elève non inscrit à l'école indiquée.

Autres raisons de non-envoi :

(1) COCHER LES MENTIONS UTILES. Cet imprimé, une fois complété, doit être renvoyé avec le dossier médical selon la procédure générale par note de service n° 86-044 du 27 janvier 1986, parue au B. O. n° 6 du 13 février 1986.



FICHE D'INSCRIPTION À LA DEMI-PENSION
Année scolaire 2020-2021

NOM : Prénom : Classe :

Responsable financier de l'élève :

NOM : Prénom :
 Adresse : N° de téléphone :

CHOIX DU FORFAIT : (changement possible par trimestre sur demande écrite du responsable à déposer à l'Intendance au minimum 15 jours avant la fin du trimestre en cours)

1 JOUR 2 JOURS 3 JOURS
 4 JOURS 5 JOURS

Jour(s) concerné(s) : LUNDI MARDI MERCREDI JEUDI VENDREDI

TARIF ANNUEL : (recalcul possible en cas de changement exceptionnel de situation familiale).

Le montant de la demi-pension est établi en fonction du forfait choisi et du **tarif Rest'O collègue** calculé par le Conseil départemental. Pour l'obtenir, vous devez vous connecter **à partir du 8 juin 2020** sur le site « **valdoise.fr** » -Dispositif Rest'O collègue- ou demander un dossier « papier » à l'Intendance. Une copie de la notification est ensuite transmise directement au collège. La fin de dépôt des demandes de tarifs sera probablement fixée début novembre (pour application sur les factures du 1^{er} trimestre scolaire). Les familles n'ayant pas effectué leur demande dans les temps ou ayant transmis une demande incomplète se verront appliquer le tarif maximum de 5,05 € pour le trimestre engagé. Tout calcul réalisé hors délai ne sera pris en compte qu'au 2^{ème} trimestre après validation du Conseil départemental.

Les tarifs sont :

1,20 €	1,75 €	2,60 €	3,40 €	4,25 €	5,05 €
--------	--------	--------	--------	--------	--------

Modalités de règlement du coût de la demi-pension :

- **par chèque** (1, 2 ou 3 chèques possibles à remettre en même temps) à libeller à l'ordre de « *l'Agent comptable du collège La Bruyère* » avec le nom de l'élève inscrit au dos.
- **en espèces** exclusivement au bureau de l'Intendance où un reçu vous sera remis.

En cas de non-paiement de la demi-pension, une mesure de désinscription pourra être prise par le Chef d'Etablissement.

Précisions alimentaires : Porc : oui non Ramadan : oui non

☞ Joindre obligatoirement à cette Fiche d'inscription une Attestation de paiement et de quotient de la CAF (datée de moins de 3 mois).