

FORMULAIRE D'INSCRIPTION – 1C – 2022/2023

NOM :	Prénom :	Sexe : M / F	Date de naissance :
Nom de l'école antérieure :			Langue moderne 2021/2022 :

Français, Math, EDM *, Religion, Education Physique (20h)
Langue I : Anglais * ou Allemand (4h)
Sciences * (3h)
Education musicale (1h), Education par la technologie * (1h)
Latin (2h)


* cours en immersion anglais

 *Immersion en langue anglaise:*

oui / non (*Biffer la mention inutile*)

 *Choisir une activité complémentaire dans le tableau ci-dessous :*

AC (2h)	Anglais	Art dramatique	Expression plastique	Mathématique	Sciences	Sports
--------------------	----------------	---------------------------	---------------------------------	---------------------	-----------------	---------------

 Les activités complémentaires seront organisées sous réserve d'un nombre suffisant d'élèves inscrits.

 *Préciser la langue I et l'activité complémentaire choisie :*

Langue I :

Activité complémentaire :

Date :

Signature des parents :

Signature de l'élève :

Déclaration relative à l'achat groupé des livres

L'école procède à un achat groupé des livres nécessaires à la scolarité des élèves via la procure. Afin de pouvoir y participer, vous devez au préalable marquer votre accord.

Madame, Monsieur....., parent(s) de

(nom + prénom), élève en classe de première

- participeront à l'achat groupé à la procure pour l'année scolaire 2022-2023.
- ne participeront pas à l'achat groupé.

Date

Signature des parents

Autorisation de sortie

« **Les élèves du cycle inférieur ne peuvent pas quitter l'école le temps de midi sauf s'ils sont pris en charge par un adulte.**

Au D1, l'élève qui n'a pas cours en fin de journée peut, à la demande des parents et sous réserve de l'autorisation de la direction, quitter l'établissement à 15h05.» (extraits du Règlement d'ordre intérieur).

Madame, Monsieur....., parent(s) de

(nom + prénom), élève en classe de première, déclare/ons avoir pris connaissance du ROI en matière de sorties autorisées et de gestion des heures d'étude et sollicite/ons pour l'année scolaire 2022/2023 l'autorisation pour mon/notre enfant

1) de sortir pendant le temps de midi : OUI / NON (**biffer la mention inutile**)

Si OUI, cocher : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Nom, prénom et téléphone de la personne qui prend l'élève en charge :

2) de participer aux ZAPREM : OUI / NON (**biffer la mention inutile**)

3) de s'absenter de l'établissement durant les **heures d'étude** situées à la **dernière heure de la journée**

OUI / NON (**biffer la mention inutile**)

Date

Signature des parents

Accusé de réception « Projets et règlements »

Madame, Monsieur....., parent(s) de

(nom + prénom), élève en classe de première, déclare/ons avoir inscrit mon/notre enfant à l'Institut Sainte-Marie d'Arlon et reconnais/sons, lors de l'inscription, avoir pris connaissance du projet d'établissement, des projets éducatif et pédagogique, du règlement des études et du règlement d'ordre intérieur de l'école (Code de vie).

J'adhère/Nous adhérons à ces projets et accepte/ons ces règlements.

Date

Signature des parents

Signature de l'élève

Déclaration relative au traitement des données à caractère personnel

Par la présente, l'école informe l'élève et ses parents qu'elle enregistrera et traitera, durant toute la durée de la scolarité de l'élève dans son établissement, des données à caractère personnel.

Ces données sont indispensables à l'égard de l'école et de l'autorité publique pour l'inscription de l'élève/étudiant, les relations avec celui-ci, la gestion de l'enseignement, l'octroi des subsides, l'octroi ainsi que la reconnaissance des certifications et diplômes. Ces données ne seront pas utilisées à des fins de marketing direct.

L'école, l'administration et le PMS sont les seuls destinataires des données récoltées. Toute personne concernée dispose d'un droit d'accès et de rectification des données la concernant.

Madame, Monsieur....., parent(s) de

(nom + prénom) , élève en classe de première, déclare/ons avoir pris connaissance des conditions dans lesquelles les données à caractère personnel de notre enfant seront traitées durant sa scolarité.

Je/Nous marque/ons mon/notre accord pour la récolte de ces données et leur traitement, et ce dans les finalités définies ci-dessus.

Date

Signature des parents

Déclaration relative au droit à l'image

L'école sera amenée à réaliser divers projets dans le cadre du projet d'établissement et du projet pédagogique. Ces activités sont susceptibles d'être illustrées par des photos. Celles-ci représenteront la vie de l'école en situation de classe, élèves en plein apprentissage, activités extérieures, excursions ou voyages, journée portes ouvertes, proclamation des rhétos, ...

Les photos prises à cette occasion pourraient être diffusées sur les écrans dans les couloirs, le site internet de l'école, dans un journal de l'école, ... L'utilisation de ces photos échappe à tout intérêt commercial et n'est lié à aucun apport de type publicitaire.

Soucieuse de respecter les législations belges et européennes relatives à la protection des données personnelles, notre école ne peut toutefois publier une photo de votre enfant mineur sans obtenir votre accord.

Madame, Monsieur....., parent(s) de

(nom + prénom) , élève en classe de première, déclare/ons avoir pris connaissance des conditions dans lesquelles, sous réserve de mon/notre autorisation, la photo de mon/notre enfant serait publiée et

- autorise/ons
- n'autorise/ons pas la publication de photos de mon/notre enfant.

Date

Signature des parents

Déclaration relative à la fiche individuelle de santé

Les données de santé transmises sur la présente fiche de santé sont des données sensibles au sens du Règlement européen pour la protection des données personnelles.

Ces données sont récoltées et traitées pour les finalités suivantes :

- pouvoir prévenir toute situation problématique ;
- pouvoir apporter, en toute connaissance, les soins de base pouvant s'avérer nécessaires dans la gestion des accidents du quotidien ;
- pouvoir informer les services d'urgence des données de santé concernant la personne blessée ;
- pouvoir répondre à nos obligations en matière d'aménagements raisonnables, pour les élèves à besoins spécifiques.

Vous disposez à l'égard de ces données des mêmes droits que ceux que vous pouvez exercer pour les données personnelles.

Madame, Monsieur....., parent(s) de

(nom + prénom), élève en classe de première,

- déclare/ons avoir pris connaissance des conditions dans lesquelles les données personnelles relatives à la santé de notre enfant sont récoltées et traitées,

- marque/ons mon/notre accord pour la récolte de ces données et leur traitement dans les finalités définies.

Date

Signature des parents

Nous attirons également votre attention sur le fait que, sauf exception faisant l'objet d'un accord explicite de la direction, notre école ne donne aucun médicament aux élèves.

Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, les membres du personnel peuvent administrer les médicaments ci-après : paracétamol, désinfectant, pommade anti-inflammatoire, pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûre d'insecte.

En cas d'urgence, les parents seront avertis le plus rapidement possible. Néanmoins, s'ils ne sont pas joignables et que l'urgence le requiert, l'intervention se fera sans leur accord.

Date

Pour accord,

Signature des parents

FICHE INDIVIDUELLE DE SANTE

1 - Coordonnées de l'élève:

NOM : Prénom :

Date de naissance : Sexe : (F/M)

Mutuelle : N° national :

Nom responsable légal (préciser: père, mère, tuteur, autre) :

Frère(s) et sœur(s) en secondaire à l'ISMA (NOM, prénom, classe) : 1.

2.

3.

2 - Personne à contacter en cas d'urgence

	NOM, Prénom	Lien de parenté	① GSM	① Domicile	① Travail
1					
2					
3					

3 - Données médicales

Groupe sanguin : Rhésus :

NOM médecin traitant : Téléphone :

Rue, n° : CP, localité :

Antécédents médicaux significatifs (préciser) :

Allergie sévère à des médicaments (préciser) :

Traitement en cours (si différent de ci-après) :

Autres informations utiles :

4 - Affections particulières

Concerne l'élève (nom, prénom) _____

Si votre enfant présente des problèmes avérés de santé pouvant nécessiter une intervention d'urgence à l'école, veuillez compléter le tableau ci-dessous et joindre les attestations médicales correspondantes.

Merci de nous avertir de tout changement ou évolution.

Affection avérée	Médication d'urgence	Recommandation médicale d'urgence
Allergie sévère (préciser)		
Diabète		
Epilepsie		
Autre		

5 - Troubles de l'apprentissage

Concerne l'élève (nom, prénom) _____

Date de naissance : _____

Afin d'optimiser l'aide que nous pourrions apporter à votre enfant, pourriez-vous svp répondre à ce questionnaire ?

À votre connaissance, votre enfant a-t-il des troubles d'apprentissages (récemment ou dans l'enfance) ou situation de handicap reconnue: OUI - NON

Dyslexie	<input type="checkbox"/>	Dysphasie	<input type="checkbox"/>	Dyspraxique	<input type="checkbox"/>
Dysorthographe	<input type="checkbox"/>	HP (haut potentiel)	<input type="checkbox"/>	Dysgraphique	<input type="checkbox"/>
Dyscalculie	<input type="checkbox"/>	Autisme	<input type="checkbox"/>	Surdité	<input type="checkbox"/>
Trouble des fonctions ex�cutes	<input type="checkbox"/>	TDA (Trouble de l'attention)	<input type="checkbox"/>	TDAH (trouble de l'attention avec hyperactivité)	<input type="checkbox"/>
Trouble de l'audition centrale	<input type="checkbox"/>	Autre :.....			

Le cas échéant, veuillez joindre une attestation médicale et/ou paramédicale à ce document.

Votre enfant a-t-il suivi une r ducation ? OUI - NON

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? _____

A quel âge ? _____

Pendant combien de temps ? _____

La r ducation est-elle toujours en cours ? _____

Nom et fonction* de la personne qui a assuré le suivi (logopède, neuropsychologue, psychomotricien, autre :.....) *Biffer les mentions inutiles

Commentaires : _____

Votre enfant a-t-il bénéficié d'aménagements raisonnables dans l' cole précédente ? OUI - NON

Votre enfant utilise-t-il l'outil informatique en classe ? OUI - NON

Votre enfant bénéficie-t-il d'une intégration ? OUI - NON

Si un diagnostic est effectué en cours d'année, ou si vous aviez des questions ou d'autres informations à communiquer, merci de prendre contact avec Mme Mathilde Contor (mathilde.contor@isma-arlon.be)

Date : _____ Signature du responsable légal : _____

Formulaire d'inscription administratif à compléter en MAJUSCULES

1 - Elève :

NOM : Prénom :

Autres prénoms : Sexe : (F/M)

Date de naissance : Lieu de naissance :

Pays :

Nationalité :

N° carte identité : N° national :

Rue : N° : Code postal :

Localité : Pays :

GSM : E-mail :

2 - Ecole précédente : *(L'historique est très important pour le suivi du dossier scolaire belge. Attention ! Si scolarité étrangère, constituer un dossier d'équivalence.)*

Nom et adresse complète de l'école précédente

Année fréquentée :

3 - Internat : L'élève sera-t-il interne ? Oui / non *(biffer la mention inutile)*

Si oui,

- Nom et adresse de l'internat :
- Nom de la personne de contact à l'internat :
- Numéro de téléphone de contact à l'internat :

4 - Séparation des parents : oui / non (*biffer la mention inutile*)

En cas de séparation, l'autorité parentale est-elle conjointe ? oui/ non

Si autorité parentale non conjointe, responsable légal : père / mère / autre :

5 - Père

Nom : Prénom :

État civil : Profession : Nationalité :

Rue : N° : Code postal :

Localité : Pays :

Téléphone : GSM :

E-mail * : @

6 - Mère

Nom : Prénom :

État civil : Profession : Nationalité :

Rue : N° : Code postal :

Localité : Pays :

Téléphone : GSM :

E-mail * : @

7 - L'envoi des messages sur Smartschool doit se faire sur : (*cocher une des trois cases ci-dessous*)

- Les deux messageries
- La messagerie du père
- La messagerie de la mère

**La messagerie est importante pour toute communication avec l'équipe éducative.*

Prévenir IMPÉRATIVEMENT l'école en cas de changement d'adresse e-mail, de n° de téléphone, de n° de gsm, d'adresse postale.