



Que puis-je faire pour l'établissement de mon enfant pendant l'année scolaire 2017-2018 ?



Fiche d'identité des Parents d'élèves

Nom et prénom de l'élève Classe.....
 Nom prénom des parents Mère..... Père.....
 Adresse mail des parents
 Téléphone mobile des parents
 Profession & secteur d'activité

Parmi les activités mentionnées ci-dessous, merci d'en choisir au moins une dans laquelle vous vous engagerez :

Pastorale :

Aide régulière : Animation d'un groupe d'élèves 1h/semaine

En classe de : 6^e 5^e 4^e 3^e 2nde 1^{ère}

Pour la : Catéchèse - Culture religieuse

Toute l'année ou Trim. 1 Trim. 2 Trim. 3

Aide ponctuelle :

Retraite, sorties pastorales

FRAT des lycéens (à Lourdes, vacances de Pâques 2018)

Mère

Père

Oraux Stages :

Juin 2018
en journée

Audition des rapports de stage en entreprise des élèves de 2ndes

Ateliers du Primaire :

Mardi et Jeudi
Novembre 2017 à avril 2018
12H30-13H30

Animations des ateliers du primaire :

- Présence permanente (bricolage)
- Présence occasionnelle (coloriage, jeux de sociétés...)

Inscriptions sur
www.apelsaintdo.fr

Soirée des Métiers :

23 Novembre 2017
19H-22H

Présentation de votre métier sous forme de conférences pour les élèves du Lycée

Inscriptions sur
www.apelsaintdo.fr

Grand Jury :

23 Janvier 2018
19H-22H

Participation à un jury pour entraîner les Terminales à passer des oraux d'écoles post bac

Inscriptions sur
www.apelsaintdo.fr

Saintdolympiades : (Fête de l'école)

- Organisation et préparation
- Dons de lots (Tombola et/ou brocante)
- Bénévole le jour J (restauration / jeux / brocante)
- Stands de vente le jour J
- Autres (préciser) :

Inscriptions sur
www.apelsaintdo.fr

Vos idées / commentaires :

.....

A rendre avec le Livret de Rentrée, mardi 5 septembre

Date

Signature



VERSEMENT LIBRE A LA CAISSE D'ENTRAIDE

Je soussigné (e) _____

Responsable de(s) l'enfant(s) :

- _____ (classe :)
- _____ (classe :)
- _____ (classe :)
- _____ (classe :)

souhaite verser ... € à la Caisse d'entraide de Saint Dominique destinée à apporter un soutien aux familles qui rencontrent des difficultés financières.

Les fonds récoltés sont attribués par un comité qui examine la demande et peut accorder une réduction sur la contribution des familles valable pour l'année scolaire en cours.

Le montant indiqué ci-dessus apparaîtra automatiquement sur votre facture annuelle.

Fait à _____

Le _____

Signature :

Nom de l'élève :

Classe :

Sauf pour les nouveaux élèves

N° ELEVE :

(sur la liste de classe)

ANNEE SCOLAIRE 2017/2018

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

Il est impératif pour le bon suivi de votre enfant durant son année scolaire de remplir avec le plus grand soin cette fiche médicale.

NOM : _____

PRENOM : _____

CLASSE : _____

Date de Naissance : _____

Lieu de Naissance : _____

Nationalité : _____

CLASSE SUIVIE l'Année Précédente : _____

MERE

PERE

NOM : _____

PROFESSION : _____

Email : _____

EN CAS D'URGENCE PREVENIR :

1° M _____ Qualité (1) : _____

Tél. Dom : _____ Prof : _____ Portable : _____

2° M _____ Qualité : _____

Tél. Dom : _____ Prof : _____ Portable : _____

(1) Précisez le lien de parenté :

VACCINATIONS

*Merci de bien vouloir joindre la photocopie du Carnet de Santé ou les justificatifs de vaccinations obligatoires (en les agrafant à ce document) **sauf pour les élèves déjà scolarisés à Saint Dominique.***

INDICATIONS RELATIVES A SA SANTE

Partie 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.

Maladie dont souffre votre enfant : _____

Traitement :

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.

AUTRES INDICATIONS RELATIVES A SA SANTE

ne nécessitant pas de prise en charge particulière mais permettant de mieux le connaître et pouvant être utiles pour toutes activités proposées par l'école (sport – sorties – voyages ...)

Signature du Représentant Légal :

Date :

Vu et pris connaissance