

## PIECES A FOURNIR



Une réinscription est complète lorsque :

Les modalités de réinscription ont été réalisées.  
**Les livres prêtés ont été remis ou remboursés.**  
**Les formalités pour la cantine sont effectuées.**

- 4 photos d'identité
- La copie de la pièce d'identité de l'élève (recto/verso)
- Un justificatif d'adresse (s'il y a eu un changement d'adresse)
- Une attestation d'assurance 2023/2024.
- Photocopie du carnet de santé (s'il y a eu de nouvelles vaccinations)
- Photocopie du livret de famille.
- Jugement du tribunal en cas de divorce ou de séparation.

### POUR LES ELEVES DEMI-PENSIONNAIRES

- La fiche inscription cantine complétée et signée **et 40 euros pour le paiement de l'avance cantine.**

**DATE DE RETOUR IMPERATIF POUR LE 20 JUIN 2023**

Niveau de classe en **Septembre 2023** : 3<sup>ème</sup>

**Identité de l'élève**

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénoms : \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Département : \_\_\_\_\_  
Nationalité : \_\_\_\_\_  
Numéro national : \_\_\_\_\_

**Scolarité de l'année 2022-2023**

Classe:.....  
Régime (Entourez le régime de l'élève) **EXT** **DP**  
Nom de la société de transport : \_\_\_\_\_

**Représentant légal- 1**

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_  
Pays : \_\_\_\_\_  
Dom. : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_  
@ email : \_\_\_\_\_ Responsable à contacter en priorité (O ou N) : \_\_\_\_\_  
Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : \_\_\_\_\_  
(voir la liste jointe en verso pour déterminer le code correspondant à votre situation)

**Représentant légal- 2**

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_  
Pays : \_\_\_\_\_  
dom. : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_  
@ courriel : \_\_\_\_\_ Responsable à contacter en priorité (O ou N) : \_\_\_\_\_  
Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : \_\_\_\_\_  
(voir la liste jointe en verso pour déterminer le code correspondant à votre situation)

**Autre responsable ou personne à contacter**

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
dom. : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_  
@ courriel : \_\_\_\_\_

Régime de l'élève pour la rentrée de Septembre 2022 : Demi-pensionnaire  Externe  (Mettre une croix)

A : ..... Le : ..... Signature du représentant légal.....

## LISTE DES PROFESSIONS ET CATÉGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES

Code	Libellé
	Agriculteurs exploitants
10	Agriculteurs exploitants
	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
21	Artisans
22	Commerçants et assimilés
23	<b>Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus</b>
	Cadres et professions intellectuelles supérieures
31	Professions libérales
33	Cadres de la fonction publique
34	Professeurs, professions scientifiques
35	Professions de l'information, des arts et des spectacles
37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise
38	<b>Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise</b>
	Professions intermédiaires
42	Professeurs des écoles, 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 commerciales en entreprise
47	Techniciens
48	<b>Contremaîtres, agents de maîtrise</b>
	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	<b>Personnels des services directs aux particuliers</b>
	Ouvriers
62	Ouvriers qualifiés de type industriel
63	Ouvriers qualifiés de type artisanal
64	Chauffeurs
65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
67	Ouvriers non qualifiés de type industriel
68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
69	<b>Ouvriers agricoles</b>
	Retraités
71	Retraités agriculteurs exploitants
72	Retraités artisans, commerçants, chefs entreprise
74	Anciens cadres
75	Anciennes professions intermédiaires
77	Anciens employés
78	<b>Anciens ouvriers</b>
	Autres personnes sans activité professionnelle
81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
83	Militaires du contingent
84	Elèves, étudiants
85	Personnes sans activité professionnelle < 60 ans (sauf retraités)
86	Personnes sans activité professionnelle >= 60 ans (sauf retraités)





**ACADÉMIE  
DE MARTINIQUE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



Personnels de Direction

Affaire suivie par :  
L. PHAROSE  
Principale

Tél : 0596 78 52 12

Email : [lucia.pharose@ac-martinique.fr](mailto:lucia.pharose@ac-martinique.fr)

Rue du Docteur MORESTIN

97218 BASSE-POINTE

30 mai 2023

La Principale

Aux

Parents d'élèves du niveau 4ème

**Objet** : Inscription pour **l'anglais euro** en 3ème

Les élèves de 4<sup>ème</sup> qui seront inscrits en 3<sup>ème</sup> **ont la possibilité de compléter les acquisitions en anglais dans le cadre de l'option anglais euro.**

Cette offre de formation permet aux élèves de 3<sup>ème</sup> d'étudier l'anglais euro, **à raison de deux heures hebdomadaire.**

L'anglais euro permet :

- D'approfondir la culture des pays anglophones
- De pratiquer davantage la langue anglaise.
- Consolider les bases lexicales et grammaticales.
- De bénéficier d'un bonus pour l'obtention du DNB.
- De préparer son choix d'orientation en fin de 3<sup>ème</sup>

La Principale

L. PHAROSE

\*\*\*\*\*

### Coupon réponse à remettre au secrétariat

Je soussigné, Madame, Monsieur..... parents de l'élève  
..... en classe de 4<sup>ème</sup> ..... Choisissons **l'option**  
**anglais euro** pour notre enfant en 3<sup>ème</sup> pour la rentrée 2023.

**Ce choix devient de fait ferme et définitif.**

Nous reconnaissons qu'il s'engage pour **l'année scolaire 2023/2024.**

Date : .....

Signature des parents : .....



COLLEGE BASSE- POINTE  
Rue du Docteur MORESTIN  
97218 BASSE-POINTE



Année Scolaire 2023/2024

## DEMANDE D'INSCRIPTION A LA DEMI-PENSION

**Elève**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Division : .....

Je soussigné (e) M. ou Mme Père, Mère ou tuteur (1)

.....

Adresse : .....

.....Téléphone : .....

@ .....

Demande l'inscription de l'élève précité à la **demi-pension** durant toute l'année et m'engage à payer toutes mensualités au titre de l'année Scolaire 2023/2024

**NB :**

Une carte de cantine sera remise à votre enfant elle devra être restituée à la fin de l'année scolaire. **En cas de perte ou de détérioration, son remplacement vous coûtera 12€**

la demi-pension est un service rendu aux familles. L'adhésion à ce service est valable pour l'année et conditionnée au respect de son règlement (cf. Règlement intérieur du collège).

A .....le.....

Signature du responsable

(1) Rayer la mention inutile





# FICHE INFIRMERIE\*

Année scolaire 2023/2024

## ELEVE

Photo  
récente de  
l'élève

NOM : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : .....

Classe : ..... Qualité : Externe  Demi-Pensionnaire

Nom et adresse de l'Assurance Scolaire : .....

## COORDONNEES PARENTS OU RESPONSABLE LEGAL

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant plusieurs numéros de téléphone.

NOM : ..... Prénom : ..... Adresse : .....

Lien de parenté : ..... 0596 ..... 0696 ..... 0596 ..... (Travail)

NOM : ..... Prénom : ..... Adresse : .....

Lien de parenté : ..... 0596 ..... 0696 ..... 0596 ..... (Travail)

Autre personne à contacter en cas d'urgence si parents (ou responsable légal) injoignables :

NOM : ..... Prénom : ..... Adresse : .....

Lien de parenté : ..... 0596 ..... 0696 ..... 0596 ..... (Travail)

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.

## SANTE DE L'ELEVE

Observations particulières que vous jugerez utiles à signaler : .....

Maladies chroniques : Asthme  , Diabète  , Epilepsie  , Autre : .....

Allergies : ..... Traitement en cours .....

Suivi (ex : médical, orthopsie, kiné, orthophonie, psychologique...) : .....

Si votre enfant est atteint d'une maladie susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein de l'établissement, **veuillez prendre contact avec l'infirmière.**

A-t-il déjà bénéficié d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? ..... Si oui, merci d'en produire une copie.

Médecin Traitant : Dr ..... Adresse : ..... Tél. ....

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique (DTP) : .....

(pour être efficace cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans jusqu'à 15 ans)

**IMPORTANT:** Il est **interdit aux élèves d'avoir des traitements sur eux** (sauf pour les élèves bénéficiant de PAI). Tous les traitements sont à déposer à l'infirmerie, avec copie de l'ordonnance. Prendre contact avec l'infirmière 0596.78.61.78.

Date : ..... Signature des parents ou responsable légal : .....

\* Cette fiche est destinée à l'infirmière.

En cas d'urgence, cette fiche pourrait être consultée par un autre adulte de l'établissement. Ce document n'est donc pas confidentiel. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.