

**Formulaire d'inscription à compléter et retourner à**  
Etablissement scolaire Elisabeth de Portes – Rue de la Tour 55 – 1263 Crassier

*Cochez ce qui convient*

- Je confirme l'inscription de mon enfant dans l'établissement scolaire Elisabeth de Portes.
- Je vous informe que mon enfant suivra une scolarisation à domicile pour l'année scolaire **2025-2026**
- Je vous informe que mon enfant est inscrit dans un établissement privé.  
Nom de l'établissement :
- Je vous informe que mon enfant est inscrit dans une institution.  
Nom de l'institution :

*Voici les données personnelles de votre enfant que nous vous prions de bien vouloir compléter :*

Nom :  
 Nom usuel :  
 Prénom : F  G   
 Prénom usuel :  
 Adresse :  
 Date de naissance :  
 Lieu de naissance :  
 Nationalité :

*Merci de compléter les données suivantes<sup>1</sup>*

**Enfant**

Langue maternelle	
Autre langue parlée	
Commune d'origine	
N° AVS	
Autre(s) information(s) que vous jugez pertinente(s) :	

*Frère(s) et sœur(s)*

Nom – Prénom	Date de naissance	Genre
	__ / __ / ____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G
	__ / __ / ____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G
	__ / __ / ____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G

*Tournez s.v.p*

<sup>1</sup> Les données demandées seront utilisées à des fins d'organisation et de suivi pédagogique conformément à l'article 44 de la LEO et seront traitées dans le cadre scolaire conformément à la législation en vigueur.

Mère /  Père

Nom:	_____		
Prénom:	_____		
Adresse:	<input type="checkbox"/> identique enfant		
<i>Si différente :</i>	Rue	_____	
	NPA + localité	_____	<i>Tél. urgence</i>
Contacts	Tél. :	____ / ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Oui
	Natel :	____ / ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Oui
	Tél prof :	____ / ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Oui
	e-mail :	_____	
Est responsable légal	<input type="checkbox"/>		
Reçoit le courrier	<input type="checkbox"/>		

Mère /  Père

Nom:	_____		
Prénom:	_____		
Adresse:	<input type="checkbox"/> identique enfant		
<i>Si différente :</i>	Rue	_____	
	NPA + localité	_____	<i>Tél. urgence</i>
Contacts	Tél. :	____ / ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Oui
	Natel :	____ / ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Oui
	Tél prof :	____ / ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Oui
	e-mail :	_____	
Est responsable légal	<input type="checkbox"/>		
Reçoit le courrier	<input type="checkbox"/>		

**Autre contact**

Spécifier la nature du lien à l'enfant :			
Nom:	_____		
Prénom:	_____		
Adresse:	<input type="checkbox"/> identique enfant		
<i>Si différente :</i>	Rue	_____	
	NPA + localité	_____	<i>Tél. urgence</i>
Contacts	Tél. :	____ / ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Oui
	Natel :	____ / ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Oui
	Tél prof :	____ / ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Oui
	e-mail :	_____	
Est responsable légal	<input type="checkbox"/>		
Reçoit le courrier	<input type="checkbox"/>		

**Information sur l'accueil de jour (le cas échéant)**

Nature de l'accueil : <input type="checkbox"/> UAPE <input type="checkbox"/> Maman de jour <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Nom : _____			
(Prénom) : _____			
Adresse :	Rue	_____	
	NPA + localité	_____	<i>Tél. urgence</i>
Contacts	Tél. :	____ / ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Oui

