



16 Cours Saint Louis 13100 Aix-en-Provence
04.42.23.02.19

PRE -INSCRIPTION ULIS

ANNEE SCOLAIRE 2025 / 2026



Nom et Prénom de l'élève	Classe demandée
Date de Naissance :/...../	
Externe <input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	

Déposé le : RDV le :

Documents à compléter

- Fiche de renseignements
- Fiche de renseignements complémentaires ULIS
- Fiche médicale
- Règlement intérieur (imprimer uniquement la dernière page **ACCEPTATION**)

Documents à joindre

- Bulletins des deux années précédentes et de l'année en cours
- Photocopie du compte-rendu des suivis en libéral
- Photocopie de la dernière équipe éducative (Gevasco)
- Certificat de scolarité de l'année en cours
- Lettre de motivation des parents (facultative pour l'élève)
- Photocopie du livret de famille
- 2 photos (dont 1 à coller sur la fiche de renseignements)
- En cas de séparation ou divorce**, joindre obligatoirement une autorisation manuscrite signée et datée des deux parents
- Les frais d'inscription : **100 €**
- Les frais de constitution, dépôt et examen du dossier de pré-inscription encaissables immédiatement et non remboursables : **40 €**

(Extrait du règlement financier - "Article 3 : Frais de constitution, dépôt et examen du dossier de pré-inscription : Lorsqu'une famille demande la pré-inscription de son enfant dans l'établissement, il est demandé au dépôt du dossier de pré-inscription des frais de constitution, dépôt et examen du dossier d'un montant de 40€ : ces frais sont encaissables immédiatement et non remboursables.)

(NB : Faire 2 règlements séparés à l'ordre de OGEC ST JOSEPH)

- Certificat de radiation de l'établissement d'origine (délivré lors du départ de l'élève)

LES DOSSIERS INCOMPLETS OU NON CONFORMES NE POURRONT ÊTRE PRIS EN CONSIDERATION

Après examen du dossier et en fonction des places disponibles, le chef d'Etablissement vous fixera un rendez-vous en présence de l'enfant.

SAINT JOSEPH TIMON-DAVID

FICHE DE RENSEIGNEMENTS : IDENTITE DE L'ELEVE

PHOTO
A COLLER

NOM :

Prénoms :

Né(e) le : / / Dépt : Commune :

Sexe : M. F. Nationalité :

Classe demandée : Classes redoublées :

Régime : Externe 1/2 Pensionnaire Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Etablissement d'origine (nom et adresse précise) :

LANGUE VIVANTE I Bilangue Allemand-Anglais 6° - 5° - 4° - 3°

Anglais 6° - 5° - 4° - 3°

LANGUE VIVANTE II Italien Espagnol 5° - 4° - 3°

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Autres renseignements confidentiels ou utiles concernant l'enfant et permettant de mieux le comprendre

Comment avez-vous connu notre établissement ?.....

FRERES ET SOEURS de l'ELEVE

NOM	Prénom	Age	Etablissement scolaire
-----	--------	-----	------------------------

SIGNATURES

Nous certifions exacts les renseignements fournis dans ce dossier et signons ci-dessous :

Date :

Le responsable légal 1

Le responsable légal 2

L'élève

Les informations que vous êtes tenus de fournir dans ce formulaire font l'objet d'un traitement automatique d'information nominative.
La loi n° 78-17 du 06 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. N° inscription à la Commission Nationale Informatique et Liberté : 572065



SITUATION FAMILIALE

Mariés Célibataire Union libre Séparés Divorcés Veuf
En cas de séparation ou divorce, l'enfant vit chez : Père Mère Garde alternée

RESPONSABLE LEGAL 1 : Lien de parenté :

Nom : Prénom :
Adresse personnelle :
Code postal : Ville :
☎ Domicile :/...../...../...../..... ☎ Portable :/...../...../...../..... ☎ Bureau :/...../...../...../.....
✉ E-mail : @

Tout changement de coordonnées en cours d'année doit être signalé impérativement au Secrétariat de direction.

Profession : Code profession :
Autorisez-vous la communication de votre adresse postale à l'association des parents d'élèves : OUI NON

RESPONSABLE LEGAL 2 : Lien de parenté :

Nom : Prénom :
Adresse personnelle :
Code postal : Ville :
☎ Domicile :/...../...../...../..... ☎ Portable :/...../...../...../..... ☎ Bureau :/...../...../...../.....
✉ E-mail : @

Tout changement de coordonnées en cours d'année doit être signalé impérativement au Secrétariat de direction.

Profession : Code profession :
Autorisez-vous la communication de votre adresse postale à l'association des parents d'élèves : OUI NON

CODIFICATIONS

Codes professions :

10- Agriculteur exploitant
21- Artisan
22- Commerçant
23- Chefs d'entreprises de dix salariés et plus
31- Profession libérale
33 Cadre de la fonction publique
34- Professeur/Profession scientifique
35- Profession information-arts-spectacles
37- Cadre admin./Commercial d'entreprises
38- Ingénieur/Cadre technique d'entreprise
42- Professeur des écoles/Instituteur
43- Intermédiaire santé et social
44- Clergé/Religieux
45- Intermédiaire admin. fonction publique

46- Intermédiaire admin. commerc. entreprise
47- Technicien
48- Contremaître/Agent de maîtrise
52- Employé civil/Agent fonction publique
53- Policier/Militaire
54- Employé admin. d'entreprise
55- Employés de commerce
56- Services directs aux particuliers
62- Ouvrier qualifié dans l'industrie
63- Ouvrier qualifié dans l'artisanat
64- Chauffeur
65- Ouvrier qualifié manut. Magasin. Transp.
67- Ouvrier non qualifié dans l'industrie
68- Ouvrier non qualifié dans l'artisanat

69- Ouvrier agricole
71- Retraité agriculteur exploitant
72- Retraité artisan-commerçant-chef entrepr
74- Retraité cadre
75- Retraité profession intermédiaire
77- Retraité employé
78- Retraité ouvrier
81- Chômeur n'ayant jamais travaillé
83- Militaire du contingent
84- Elève/Étudiant
85- Sans profession - 60 ans (hors retraité)
86- Sans profession + 60 ans (hors retraité)
99- Non renseignée (Inconnue ou sans objet)

AUTRE PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM : Prénom : Lien de parenté :
☎ Domicile :/...../...../...../..... ☎ Portable :/...../...../...../..... ☎ Bureau :/...../...../...../.....
NOM : Prénom : Lien de parenté :
☎ Domicile :/...../...../...../..... ☎ Portable :/...../...../...../..... ☎ Bureau :/...../...../...../.....

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Pour candidature dispositif ULIS TFC Collège Saint Joseph

NOM :

PRENOM :

Date de naissance / / Sexe M F

Adresse de l'enfant :

.....

.....

Cursus Scolaire	CYCLE1			CYCLE2			CYCLE3		Cycle 3 / Cycle 4	
	PS	MS	GS	CP	CE1	CE2	CM1	CM2	6e	
Nbre d'années										
Accompagnement AESH / nb heures										
Dispositif ULIS										

Nom et adresse de l'établissement scolaire fréquenté :

.....

.....

Nom de l'enseignant :

Donner une copie du dernier GEVASCO et de la notification MDPH

L'élève bénéficie-t-il de temps d'intelusion en classe de cycle ? OUI NON

Dans quelles classes?

Dans quelles matières?

Combien de temps par semaine?

Quels objectifs de scolarisation en classe de cycle?

L'élève fréquente-t-il la classe de cycle seul ou avec l'accompagnement d'un AESH (pour quelles matières)?

.....

Descriptif du handicap de l'enfant

Joindre compte rendus (orthophonie, psychomotricité et un bilan neuropsychologie)

TROUBLES DU LANGAGE

- Langage oral articuler construire des phrases, comprendre des phrases dysphasie
- Langage écrit Lecture déchiffrage compréhension dyslexie
- expression écrite dysorthographe
- Dyscalculie

Troubles de la praxie : coordination dyspraxie dysgraphie

Troubles de la perception vision ouïe toucher

Troubles des fonctions visio-spatiales

Troubles de la mémoire immédiate de travail à long terme

Troubles de l'attention :

TROUBLES DES FONCTIONS EXECUTIVES organisation/planification, inhibition, flexibilité mentale jugement et autocritique, logique difficultés de raisonnement vitesse de traitement**TROUBLES RELATIONNELS** Difficulté à entrer en relation difficultés à gérer ses émotions difficultés à décoder les émotions**Autres****Description des difficultés rencontrées dans l'accueil et la mise en œuvre des apprentissages :****Points forts :****Prise(s) en charge éducative(s) et thérapeutique(s)**

Noms des intervenants	Qualité	Objectifs	Fréquence / lieu

Passions, activités extérieures à l'école

NOM et Prénom : **Classe :**

Date de naissance : / /

RESPONSABLE LEGAL 1

Nom : **Prénom :**

Lien de parenté :

Adresse personnelle :

Code postal : **Ville :**

Portable : / / / / **Bureau :** / / / /

RESPONSABLE LEGAL 2

Nom : **Prénom :**

Lien de parenté :

Adresse personnelle :

Code postal : **Ville :**

Portable : / / / / **Bureau :** / / / /

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Dans cette optique, il est important que vous puissiez nous communiquer tout changement de coordonnées téléphoniques, par l'intermédiaire du secrétariat de direction. 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 que s'il est accompagné de sa famille.

SITUATION MEDICALE

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre, etc.)*

.....
.....
.....

Souhaitez-vous la mise en place d'un P.A.I (Projet d'Accueil Individuel)? oui non

Précisez le problème médical de votre enfant (allergies, asthme, diabète, épilepsie, etc.)

.....
.....
.....

Si un PAI est déjà en place, vous devez nous joindre une copie.

NOM DU MÉDECIN TRAITANT:.....

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT: / / / /