

IME LES CYPRES

CHEMIN DE SANS SOUCIS

13300 SALON DE PROVENCE

TEL : 04.90.17.03.50



DOSSIER D ADMISSION

NOM :

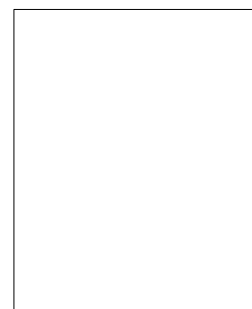
PRENOM :

Date et lieu de Naissance :

Nationalité :

Adresse résidence habituelle de l'enfant :

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



FRATRIE :

Nom	Prénom	Date de naissance	Situation (scolaire/professionnelle)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS :

Mariage Vie commune Divorce Séparation
 Autorité parentale conjointe Oui Non

Père :

Nom/prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :
.....
.....
.....

Numéro de téléphone :.....

Profession :.....

N° sécurité sociale :

Adresse de la caisse de CPAM :

Numéro d'allocataire :

Mère :

Nom/prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :
.....
.....
.....

Numéro de téléphone :.....

Profession :.....

N° sécurité sociale :

Adresse de la caisse de CPAM :

Numéro d'allocataire :

Précédents établissements fréquentés :

Périodes : Du au

Classe :

Coordonnées de l'établissement :

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

Périodes : Du au

Classe :

Coordonnées de l'établissement :

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

Périodes : Du au

Classe :

Coordonnées de l'établissement :

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

Prise en charge actuelle :

Nom et Coordonnées Etablissement :

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

Suivi médical :

Spécialité :

Nom et coordonnées du médecin ou spécialiste :

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

Spécialité :

Nom et coordonnées du médecin ou spécialiste :

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

Spécialité :

Nom et coordonnées du médecin ou spécialiste :

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

Spécialité :

Nom et coordonnées du médecin ou spécialiste :

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

Afin que nous puissions avoir un maximum de renseignements et si ce n'est pas déjà le cas nous fournir si possible :

- Une photo de votre enfant
- La copie du livret de famille

- Attestation de sécurité sociale
- Les différents bilans, synthèses le concernant

Nous tenir si possible informé des autres démarches effectuées et le cas échéant l'admission dans un autre établissement.