

Nom et Prénom de l'enfant :

Classe :

☐ Contribution de base à **10 mensualités de 120 €** soit 1200 €

☐ Contribution de solidarité à **10 mensualités de 135 €** soit 1350 €

De la PS à la GS			Du CP au CM2		
Garderie 16h30-18h00	Garderie 16h30-18h30	Garderie 18h00-18h30	Étude 16h30-18h00	Étude + Garderie 16h30-18h30	Garderie 18h00-18h30
Lundi	Lundi	Lundi	Lundi	Lundi	Lundi
Mardi	Mardi	Mardi	Mardi	Mardi	Mardi
Jeudi	Jeudi	Jeudi	Jeudi	Jeudi	Jeudi
Vendredi	Vendredi	Vendredi	Vendredi	Vendredi	Vendredi

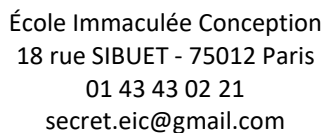
Entourer les jours choisis.

Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐

Restrictions alimentaires (en cas d'allergie, remplir un PAI à retirer au secrétariat) :

Date et signature du (des) responsable (s) légal (aux)

Nom et qualité du signataire	Nom et qualité du signataire
------------------------------	------------------------------



Nous, soussignés, Responsables(s) légal(aux) :

Nom Prénom

Nom Prénom

Demeurant :

Téléphone 1: Téléphone 2 :

autorisons par la présente l'École de l'IMMACULÉE CONCEPTION, à photographier, filmer, enregistrer, interviewer notre enfant :

Nom Prénom..... Classe :

puis à reproduire et diffuser ces photographies (films, enregistrements, interviews, ...) sur les supports suivants :

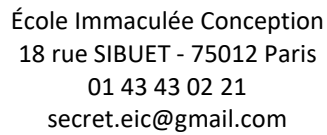
- La Fiche Infos de l'établissement, les journaux produits par les élèves, les articles de presse se rapportant à la DDEC 75, à l'APEL ou à l'Enseignement Catholique ;
- La plaquette de l'établissement, photos de classe ;
- Site Internet de l'établissement ;
- Compte Instagram de l'établissement ;
- Tout support numérique à destination des familles des élèves, du personnel de l'établissement ;
- Représentation sur grand écran de toutes manifestations sportives, scolaires, culturelles, religieuses, pédagogiques, dans le cadre de l'école.

Nous sommes informés que cette prestation et déclaration ne pourront donner lieu à aucune rémunération.

Signatures précédées de la mention « Lu et approuvé » :

Date et signature du (des) responsable(s) légal(aux)

Nom et qualité du signataire	Nom et qualité du signataire
------------------------------	------------------------------



Chères Familles,

Vous recevrez, comme d'habitude, la documentation et les circulaires concernant chaque projet, sortie, activité, mentionnant le déroulement et les détails nécessaires dans le cahier de correspondance de votre enfant.

✂ _____

Madame, Monsieur :

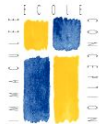
Responsables(s) légal(aux) de : Classe :

accepte(nt) que leur enfant participe à toutes les sorties et activités organisées par l'école sur le temps scolaire.

Date :

Date et signature du (des) responsable(s) légal(aux)

Nom et qualité du signataire	Nom et qualité du signataire
------------------------------	------------------------------



École Immaculée Conception
18 rue SIBUET - 75012 Paris
01 43 43 02 21
secret.eic@gmail.com

ACTIONS PÉDAGOGIQUES COMPLÉMENTAIRES (APC) 2025 - 2026

Chères Familles,

Les Actions Pédagogiques Complémentaires (APC) sont proposées deux fois par semaine durant 30 min sur le temps du déjeuner.

Les enseignantes travaillent avec un petit groupe d'élèves ayant besoin d'une attention particulière pour construire les compétences de base.

Nous vous demandons une autorisation de principe pour que votre enfant puisse éventuellement participer à ces groupes de travail au cours de l'année scolaire 2025 – 2026.

Son enseignante vous tiendra informés des jours et des objectifs des séances si votre enfant est concerné par ces APC.

Jean Carvallo
Chef d'Établissement

L'Équipe Pédagogique



Madame, Monsieur

Autorise(nt) mon (notre) enfant en classe de

à participer aux APC qui lui seront proposées durant l'année scolaire.

☐ OUI

☐ NON

En cas de refus, merci de nous en préciser les raisons :

.....

.....

.....

Date et signature du (des) responsable(s) légal(aux)

Nom et qualité du signataire	Nom et qualité du signataire



École Immaculée Conception
18 rue SIBUET - 75012 Paris
01 43 43 02 21
secret.eic@gmail.com

FICHE MÉDICALE SCOLAIRE 2025 - 2026

ÉLÈVE :

NOM :

Prénom :

Date et Lieu de naissance :

Classe :

NOM et Adresse des Parents ou Représentant(s) légal(aux) :

.....
.....

FICHE DE RENSEIGNEMENTS INFIRMIERS :

Groupe sanguin :

Date du dernier rappel DT Polio : .. / .. /

Date du dernier test BCG : .. / .. /

Coordonnées du Médecin traitant :

Téléphone :

L'enfant suit-il un traitement médical régulier : OUI / NON

Si OUI, merci de vous rapprocher de l'école pour la mise en place éventuelle d'un PAI.

Lequel :

Est-il allergique (alimentation, médicaments) ?

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE :

1- NOM et Téléphone :

2- NOM et Téléphone :

AUTORISATIONS D'INTERVENTIONS MÉDICALES :

Nous, soussignés,, autorisons **le Chef**

d'Établissement de l'École Immaculée Conception à faire pratiquer sur notre enfant **toute intervention**

chirurgicale ou soins nécessaires en cas d'accident et d'urgence dans le cas où nous ne pourrions pas être directement et immédiatement prévenus. L'École dépend de l'Hôpital Trousseau.

Nom et qualité du signataire :

Nom et qualité du signataire :