



Collège SAMUEL VINCENT Rentrée 2026

Formulaire à renseigner par la famille et à renvoyer à :

accueilcollege@samuelvincent.fr

Formulaire renseigné le :

Nom et Prénom :
Date et lieu de naissance :
Noms et Prénoms des responsables légaux :
Adresse :
Téléphone :
Mail :
Etablissement scolaire et classe actuelle :
Classe demandée :
Avec dispositif Ulis : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si l'élève est en PPS, Nom de l'Enseignant Référent :
Motif du PPS : <input type="checkbox"/> AESH <input type="checkbox"/> ULIS <input type="checkbox"/> MPA <input type="checkbox"/> SESSAD

Description par la famille des difficultés et /ou des troubles de l'enfant :

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

Prises en charge en cours

Noms des médecins, des rééducateurs Téléphone	Types de prises en charge : exemple Orthophoniste Services de soins (hôpital, CMPP, CMPEA, SESSAD) Fréquence

J'accepte que ces données ainsi que les documents médicaux et psychologiques transmis lors du dépôt de demande d'admission fassent l'objet d'un traitement par la commission d'admission.