



Collège SAMUEL VINCENT - Rentrée 2027

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 : ☐ oui ☐ non
Si l'élève est en PPS, Nom de l'Enseignant Référent :
Motif du PPS : ☐ AESH ☐ ULIS ☐ MPA ☐ 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.