

Madame, Monsieur,

La rentrée scolaire aura lieu le :

JEUDI 1ER SEPTEMBRE 2022

- **9h00** : accueil des familles et des élèves sur la cour de récréation 5è/4è (en face du gymnase).
- **10h** : chaque classe sera prise en charge toute la journée par le professeur principal.
- **12h** : repas offert à tous les élèves.
- **13h30-16h30** : Après-midi : jeux d'intégration.

Les élèves sont invités à se munir, ce jour-là : du cartable (pour ramener les livres), d'une trousse, d'un trieur. Pour les élèves des écoles publiques, pensez à nous transmettre le livret scolaire du primaire.

VENDREDI 2 SEPTEMBRE 2022 :

- 8h-12h : suite accueil 6ème par le professeur principal.
- 13h30 début des cours

JEUDI 8 SEPTEMBRE 2022, MATIN : test "Savoir nager" à la piscine.

REUNION DE RENTREE POUR LES PARENTS : (parking sur la cour).

- **Lundi 12 septembre 2022, 18h00**, réunion générale des parents à la chapelle St Joseph et rencontre dans la classe de votre enfant avec le professeur principal.

POUR LES ELEVES INTERNES

A PARTIR DE 8h : accueil et installation à l'internat. Prévoir un chèque de caution de 150 € pour l'entrée dans la chambre.

CONSTITUTION DU TROUSSEAU (A TITRE INDICATIF)

- Alèse, draps, couverture (ou couette), enveloppe de traversin (pas de sac de couchage).
- Vêtements et linge personnel pour la semaine. Pantoufles conseillées.
- Trousse de toilette avec gants et serviettes, shampoing, gel douche.

ARRIVEE / DEPARTS / SORTIES :

- L'arrivée des élèves le lundi matin entre 8h et 9h (début des cours)
- Le départ des élèves internes en fin de semaine a lieu à 15h30 ou 16h30 le vendredi après les cours.
- Pour la sortie du mercredi après-midi, merci de compléter le document : " *Autorisation sortie du mercredi après-midi*"

MEDICAMENTS

Les médicaments pris sur ordonnance doivent être signalés au responsable d'internat et déposés à l'infirmerie, une rencontre avec l'infirmière étant vivement souhaitable.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments dévoués.

Le Chef d'établissement,

Ximun LATAILLADE

2022/2023
6^{ème} SEGPA

quantités à acheter	Fournitures scolaires	FRANÇAIS	MATHS	ANGLAIS	HIST/GEO	SVT	TECHNO	ARTS/MUSIQUE	EVALUATION
		Pour infos par matière							
1	Classeur grand format (épais. 4 cm, 4 anneaux)						1		
4	Chemise en plastique à rabats et élastique 1 rouge – 1 orange – 1 jaune – 1 transparente	1	1		1				1
1	Cahier 48 pages, 17X22 grands carreaux sans spirale, non TP							1	
1	Cahier 96 pages, 17X22 grands carreaux sans spirale, non TP, 1 bleu			1					
2	Porte-vues (200 vues) 1 rouge, 1 jaune, si possible	1	1						
3	Porte-vues (40 vues), 1 orange, 1 bleu, 1 vert			1	1	1			
1	Pochettes Canson (grain 180 ou 224 g A3 29,7X42)							1	
1	Jeu de 6 intercalaires						1		

OUTILS PERSONNELS

1 agenda
1 chemise (liaison famille/collège)
1 crayon à papier
1 gomme blanche
Crayons de couleur
2 paquets de 200 feuilles mobiles, grands carreaux, format 21X29,7
100 pochettes perforées transparentes 21X29,7
Calculatrice (si vous n'en avez pas, achetez la CASIO COLLEGE)
Règle graduée plate de 20 cm (en métal)
Equerre (en métal)
Compas où l'on fixe le crayon à papier
Scotch, colle, paire de ciseaux, surligneurs, stylos de couleur, feutres pointe moyenne, blanco
Deux jeux d'écouteurs



FICHE MEDICALE SCOLAIRE

A COMPLETER RECTO-VERSO ET A RENDRE AU PROFESSEUR PRINCIPAL LE JOUR DE LA RENTREE

ELEVE

NOM ET PRENOM : CLASSE :

DATE DE NAISSANCE :

RESPONSABLE(S) DE L'ELEVE

Représentant légal : Père Mère Tuteur

	RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Nom-Prénom
Adresse
Code Postal/Ville
Téléphone fixe
Portable
Téléphone travail
Mail

Couverture sociale : Père Mère

Sécurité sociale/MSA : Oui - N° immatriculation : Non

Mutuelle complémentaire : Oui Non

Nom et adresse de la mutuelle complémentaire :

.....

VACCINATION

Veuillez joindre OLBIGATOIREMENT une photocopie des vaccinations D.T.P. et autres).

BILANS et AMENAGEMENTS

Des bilans ont-ils été faits dans les années précédentes ? Oui Non

Si oui de quels ordres (orthophoniste, psychologue, ...) ?

Des aménagements ont-ils été mis en place ? (PPR – PAI– PAP – PPS) ?

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention de l'infirmière de l'établissement.



ANTECEDENTS MEDICAUX

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? :

- Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Epilepsie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Spasmophilie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

- Convulsions	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Asthme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Allergies	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Pneumonie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Primo infection	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Rhumatismes articulaires aigus	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Diabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Autres affections : **Oui** **Non**

Si oui, lesquelles ? :

- Médicamenteuses :
- Alimentaires :
- Diverses :

INTERVENTION CHIRURGICALE

Date : Nature :

MEDECIN TRAITANT

Nom et adresse :

TRAITEMENTS

Acceptez-vous l'utilisation des médicaments génériques (dans le cas d'ordonnance médicale) ? : **Oui** **Non**

L'élève a-t-il un traitement permanent ? **Oui** **Non**

Si oui, lequel :

Pour tout traitement temporaire, permanent ou d'urgence, l'élève doit déposer **OBLIGATOIREMENT** son ordonnance et ses médicaments à l'infirmerie.

DECLARATION DES PARENTS

Je(nous) soussigné(ons),, responsable(s) de l'élève, autorise(nt) l'établissement ainsi que le centre hospitalier à prendre toute décision (chirurgicale ou autre) concernant la santé de notre enfant.

Fait à, le Signature