

Madame, Monsieur,

La rentrée scolaire aura lieu le :

MARDI 5 SEPTEMBRE 2023

5^{EME}

- **9h** : accueil des élèves des classes de 5^e par le professeur principal.
- **13h30** : début des cours

Réunion de rentrée pour les parents : (parking sur la cour).

Jeudi 14 septembre 2023 à 18h00, réunion générale des parents à la chapelle St Joseph et rencontre dans la classe de votre enfant avec le professeur principal.

4^{EME}

- **9h30** : accueil des élèves des classes de 4^e par le professeur principal.
- **13h30** : début des cours

Réunion de rentrée pour les parents : (parking sur la cour).

Mardi 12 septembre 2023 à 18h00, réunion générale des parents à la chapelle St Joseph et rencontre dans la classe de votre enfant avec le professeur principal.

3^{EME}

- **10h** : accueil des élèves des classes de 3^e par le professeur principal.
- **13h30** : début des cours

Réunion de rentrée pour les parents : (parking sur la cour).

Lundi 11 septembre 2023 à 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 (à 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.

Arrivée / Départ / 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

1 rue Sarrus – 12000 RODEZ

☎ 05.65.73.30.40 – mail : contact@saintjosephrodez.org – site : www.saintjosephrodez.org



INFORMATIONS

Les fournitures des classes de SEGPA sont envisagées pour les 4 années.

Les couleurs imposées sont une aide à l'organisation (à respecter dans la mesure du possible)

Les fournitures déjà achetées les années précédentes sont à ramener. Seuls **les nouveaux** inscrits ont **tout** à acheter
Ex-609 : Ne pas racheter le 200 vues rouge, ni le petit cahier d'anglais (ils sont restés au collège)

2023/2024
5^{ème} SEGPA

Quantités	Fournitures scolaires	FRANÇAIS	HIST-GEO	MATHS	ANGLAIS	SVT	PHYSIQUE	TECHNO	ARTS/MUS	ÉVAL
5	Chemises en plastique, à rabats et élastique 1 jaune – 1 orange – 1 rouge – 1 verte – 1 transparente	1	1	1			1			1
2	Porte-vues (200 vues) 1 jaune – 1 rouge	1		1						
5	Porte-vues (40 vues) 1 orange – 1 bleu – 1 vert – 1 noir – 1 transparent		1		1	1	1	1		
1	Cahier 96 pages, 17X22 grands carreaux sans spirale, non TP, 1 bleu				1					
1	Pochettes Canson (180 ou 224 g) Format A3 (29,7 x 42)								1	

NB : Les fournitures pour l'Éducation Musicale seront demandées à la rentrée.

OUTILS PERSONNELS

1 agenda	1 taille-crayon
1 crayon à papier	1 gomme blanche
1 4-couleurs ou 4 stylos	Des surligneurs
1 règle graduée plate de 20 cm	1 équerre
1 rapporteur transparent et gradué dans les 2 sens	
De la colle	1 rouleau de scotch
1 pochette de feutres	1 pochette de crayons de couleur
1 compas	1 paire de ciseaux
2 jeux d'écouteurs	Du blanco
1 chemise cartonnée pour la liaison famille/collège	
1 paquet de 200 copies simples, grands carreaux, 21X29,7	
50 pochettes perforées transparentes 21X29,7	
1 calculatrice (si vous n'en avez pas, achetez la CASIO COLLEGE)	

Un cadenas (diamètre 0.5/0.6, à 3 clés) doit être en possession de chaque élève le jour de la rentrée.



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

Veillez joindre OBLIGATOIREMENT 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