

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Fiche élève

Année Scolaire 2019 - 2020

Photo
Couleur
Récente

INSCRIPTION EN CLASSE DE :

ÉLÈVE		
Nom de famille :	Prénom(s) :	Prénom du père :
Date de naissance : / / <small>(jour/mois/année)</small>	Pays de naissance :	Lieu de naissance :
N° et lieu de registre :	Nationalité(s) :	Sexe: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Adresse du domicile : (région, ville, rue, immeuble)		
Téléphone du domicile :		

SCOLARITÉ ANTÉRIEURE		
Année scolaire:	Classe:	Etablissement: <i>nom et localité</i>

TRANSPORT ET RESTAURATION			
Transport :	Bus : Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>	Avec les parents :	Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>
Adresse (si différente du domicile) :			
Restauration :	Collation : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Déjeuner (cantine) :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

FAMILLE

PÈRE

Nom de famille:

Prénom(s):

Nationalité(s):

Education (Diplôme le plus élevé) :

Profession :

Employeur :

Adresse professionnelle :

Tél :

Courriel :

MÈRE

Nom de jeune fille:

Prénom(s):

Nationalité(s):

Education (Diplôme le plus élevé) :

Profession :

Employeur :

Adresse professionnelle :

Tél :

Courriel :

Situation familiale des parents : Mariés Divorcés/séparés Père décédé Mère décédée

Si divorcés, qui a la garde des enfants : Père Mère Autres, préciser :

EN CAS D'ACCIDENT Nom de la personne à prévenir, autre que les parents :

1ère personne

Nom et prénom(s) :

Téléphone portable :

Relation à l'enfant :

2ème personne

Nom et prénom(s) :

Téléphone portable :

Relation à l'enfant :

FRÈRE(S) ET SŒUR(S)

Prénom(s) :	Année de naissance :	Classe :	Etablissement fréquenté :

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Numéro de portable et courriel sur lesquels le Lycée vous enverra des informations importantes :

Téléphone portable :

Courriel :

J'autorise l'établissement à communiquer mes coordonnées téléphoniques et électroniques au comité et représentants des parents d'élèves ? oui non

PARTIE RÉSERVÉE AU SERVICE FINANCIER

Reçu N°

Frais de dossier 200,000 LL

Tampon :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués et m'engage à signaler à l'établissement tout changement dans la situation de l'enfant au cours de sa scolarité.

Beit Chabab, le

Nom et prénom :

Signature :


Fiche médicale


2019 – 2020



Nom et prénom de l'élève : Prénom du père :


Date de naissance : Classe :

Groupe sanguin : Sexe : M F

Adresse :  Domicile :

 Portable père :  Travail père :

 Portable mère :  Travail mère :

 Contact en cas d'urgence :

Y a-t-il des problèmes de santé dans la famille : Père Mère Frère Sœur

Précisions :

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Veuillez compléter le tableau ci-dessous.

Il y va de votre intérêt et de celui de votre enfant que ces informations soient parfaitement renseignées.

Maladie	Oui	Non	Si oui, veuillez préciser
Convulsion, épilepsie			
Diabète			
Asthme			
Problème de dos/ Articulations			
Maladies neurologiques			
Maladies des poumons et de l'appareil respiratoire			
Maladies cardiovasculaires			
Maux de tête			
Troubles de la vision			
Troubles de l'audition			
Maladies des reins			
Problèmes de coagulation sanguine			
Maladies de l'appareil digestif			

Maladies du système nerveux			
Maladies contagieuses			
Allergies			
Autres			

Antécédents chirurgicaux (dates) :.....

Traitement en cours (nom des médicaments) :.....

L'infirmière appliquera les traitements prescrits par le médecin **seulement si les médicaments sont accompagnés d'une photocopie de l'ordonnance.**

L'élève est-il suivi par un spécialiste ?

	Oui	Non
Pédopsychiatre		
Psychologue		
Orthophoniste		

Autre :

Si oui, nom du médecin spécialiste : 📞 Portable :

A remplir par le pédiatre

Je soussigné, docteur

Certifie avoir examiné l'enfant..... et n'avoir décelé aucune contre-indication clinique à la pratique des cours d'Education Physique et Sportive (EPS).

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

Signature du médecin traitant :

Veillez nous envoyer obligatoirement une copie du carnet de santé de votre enfant.

Date/...../.....

Signature des parents

En cas de besoin, vous pouvez contacter l'infirmière de l'établissement du lundi au vendredi de 7h30 à 15h30.
 Si certaines informations vous semblent confidentielles, vous pouvez les envoyer sous enveloppe fermée à l'attention de l'infirmière.