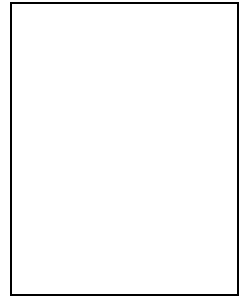


**FICHE D'INSCRIPTION**

ANNEE SCOLAIRE 2017-2018



Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Sexe : M  F

Prénom du Père : \_\_\_\_\_

Prénom de la mère : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Date et lieu de Naissance : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ Autre Nationalité : \_\_\_\_\_

Profession du Père : \_\_\_\_\_ Lieu de travail (Quartier) : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Profession de la Mère : \_\_\_\_\_ Lieu de travail (Quartier) : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Adresse du Domicile : Immeuble : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Quartier : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Deux personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom et Prénom	Lien de parenté	Téléphone	Portable

Langues parlées à la maison : Arabe  Français  Anglais  Autre : \_\_\_\_\_

Nombre de frère(s) et sœur(s) : \_\_\_\_\_

Destination Scolaire : \_\_\_\_\_

Maladies chroniques ou contagieuses -- Allergies aigues – Notification obligatoire :

\_\_\_\_\_

Nom du Pédiatre : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Accompagnateurs (matin et après-midi) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_, représentant légal de l'enfant, m'engage par la présente, de respecter le programme de vaccination de mon enfant afin d'être conforme avec la réglementation du Ministère de la Santé.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_