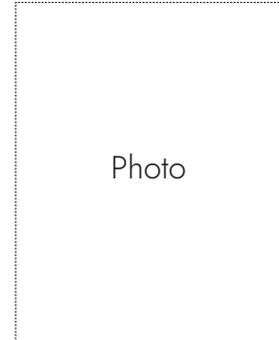


FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2023 -2024

• Informations de l'élève



Nom:

Prénom:

Numéro de registre national : Sexe : F M Autre

Nationalité : Langue maternelle :

Date de naissance : / /

Ville et pays de naissance :

Année d'inscription : Grille : Pays :

Parcours scolaire :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Etablissement fréquenté précédemment : (Nom et adresse)

.....
.....

• **Adresse du domicile de l'élève**

Chez : parents père mère

autre responsable légal (nom):

Rue :

n° : Boite :

Code postal : Ville :

GSM de l'élève :

Adresse mail de l'élève :

• **Coordonnées des parents :**

	Responsable 1	Responsable 2
Nom :		
Prénom :		
Date de naissance :		
Nationalité :		
Langue :		
Diplôme :		
Métier :		
Adresse :		
Adresse mail :		
Téléphone :		

• **Autre personne à contacter en cas d'urgence**

Nom :

Prénom :

Lien avec l'enfant :

Numéro(s) de téléphone :

• **Troubles ou particularités d'apprentissage**

oui non

À préciser :

• **Médecin habituel de l'enfant :**

Nom :

Adresse :

Téléphone :

o Mutualité :

Coller une vignette ici

o Données médicales :

Groupe sanguin : **Rhésus** :

Vaccins : date du dernier rappel tétanos :

Affections particulières :

Diabète asthme épilepsie problèmes cardiaques

Autre à préciser :

.....
.....

Maladies antérieures de l'enfant ou opérations subies :

.....
.....

Pour les filles, âge des premières règles :

Traitement(s) éventuel(s) en cours :

.....
.....

Les médicaments peuvent être donnés aux enfants UNIQUEMENT sur base d'une attestation médicale.

Allergies éventuelles :

Alimentaires antibiotiques animaux médicaments sulfamides

Précisez :

L'enfant porte habituellement :

Des verres correcteurs

Des lentilles

Des appareils auditifs

Des semelles orthopédiques

Autre :

.....

· **Informations supplémentaires**

Y a-t-il d'autres commentaires et / ou des informations que nous devrions savoir ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

N.B : si nous ne parvenons pas à vous joindre et qu'une anesthésie s'avère nécessaire pour la santé de votre enfant, l'autorisez-vous ? OUI NON

Date : / /

Signature des responsables :