

FICHE SIGNALÉTIQUE : PRE-INSCRIPTION

ANNEE SCOLAIRE :/..... NIVEAU : maternel – primaire CLASSE :

Réservé au secrétariat			
CIE		Bulletin	
CIM		Chgt école	
CIP		Décl.honneur	
COMPO		Test FLA	

Merci de remettre avec ce document complété avec une copie de la carte d'identité (ou passeport) des 2 parents ou du tuteur légal ainsi qu'une copie de la carte d'identité ou du passeport de l'enfant ainsi qu'une composition de ménage et le bulletin en primaire.

NOM de l'élève (en imprimé SVP) :

Prénom : Sexe : M / F Nationalité :

Né(e) le : Lieu de naissance :en (pays)

N° de REGISTRE NATIONAL de l'enfant : _ _ _ _ _
(voir en haut à droite de sa carte SIS)

Nombre d'enfant(s) DANS LA FAMILLE : Celui-ci est le 1 ^{er} / 2 ^e / 3 ^e / 4 ^e /	DANS NOTRE ECOLE ses frères ou sœurs sont en ... Indiquez la classe (ex. 3 M ou 1 P) →				
--	---	--	--	--	--

• **Si l'enfant est né à l'étranger** : Date **PRECISE** de la **PREMIERE ARRIVEE EN BELGIQUE** :

	<u>LE PERE</u>	<u>LA MERE</u>
Nom		
Prénom		
Statut	Père - Beau-père - Tuteur - Conjoint actuel	Mère - Belle-mère - Tutrice - Conjointe actuelle
Etat civil	Célibataire - (re)Marié - Séparé - Divorcé - Veuf	Célibataire - (re)Mariée - Séparée - Divorcée - Veuve
Profession		
Adresse précise		
Tél. FIXE à la maison		
Tél.travail		
GSM		
Adr. mail		
Nationalité		
Né(e) le :		

Entourez le **RESPONSABLE LEGAL de l'enfant ?** le père / la mère / tous les deux

En cas de séparation, l'enfant est domicilié chez : son père / sa mère / en garde alternée

En cas d'urgence AUTRE numéro d'appel à contacter :

Qui est cette personne pour votre enfant ?

Cette personne peut prendre une éventuelle décision pour l'enfant : OUI - NON

Compte bancaire

BE _ _ - _ _ - _ _ - _ _ - _ _ au nom de

- La facture du mois sera envoyée au responsable légal par mail.

SERVICES (à cochez) :

- Repas chauds Repas tartines Garderie mercredi
- Etudes Garderie du soir

Au niveau médical :

MEDECIN TRAITANT		L'ENFANT EST ALLERGIQUE ...
Nom		1. <u>A des médicaments ? Lesquels ?</u>
Adresse		
Tél. / GSM		2. <u>A des aliments ? Lesquels ?</u>
• Il porte des lunettes : OUI / NON Toujours - Rien qu'en classe		

L'année SCOLAIRE PASSEE

DANS UNE AUTRE ECOLE : en^e année PRIMAIRE / MATERNELLE

Nom de l'ancienne école :

Adresse :

Téléphone :

ENGAGEMENTS :

1. Nous nous engageons à signaler à l'école, dans les plus brefs délais ET PAR ECRIT toute(s) modification(s) survenant en cours d'année. (! aux numéros de GSM ! aux changements d'adresses !)
2. Au cas où nous ne pourrions pas être contactés, nous laissons le soin au médecin et/ou à l'école de prendre toute(s) décision(s) que nécessiterait l'état de santé et/ou de sécurité de notre enfant étant entendu que nous serons avertis le plus rapidement possible.

Date : et signature des Parents :