

Nombre d'enfants de la famille dans l'école:
 Est-il l'aîné de ceux-ci à l'école: Oui / Non*

Nombre d'enfant(s) dans la famille: Celui-ci est le 1^{er} / 2^e / 3^e / 4^e*
 Langue parlée à la maison:

Au niveau médical : MÉDECIN TRAITANT		L'enfant est-il ALLERGIQUE ?
Nom		1. À des médicaments ? Lesquels ?
Adresse		2. À des aliments ou à d'autres produits ? Lesquels ?
Tél / GSM	
Au niveau comportement, habitudes de vie, etc. Nous joignons une feuille en annexe pour compléter ces informations Oui / Non*	
L'enfant est-il: Droitier / Gaucher*		Il doit porter des lunettes: Toujours / Rien qu'en classe / Non*

L'année scolaire passée, votre enfant était-il dans une autre école : Oui / Non* Si oui, veuillez préciser:
 En PRIM / MAT* Résultats: % TB / Réussite / Difficile / Doit doubler*
INFORMATION OBLIGATOIRE: Nom et adresse précise de cette école :

 Tél. de cette école : Nom de la direction:

En quelle année et dans quelle école votre enfant est-il rentré en 1^{ère} primaire: L'enfant a-t-il dû recommencer sa 3^e maternelle: Oui / Non*
 Adresse complète de cette école :

SI NÉCESSAIRE: RÉSERVATION D'INSCRIPTION POUR UN PETIT FRÈRE OU UNE PETITE SŒUR

NOM et PRÉNOM: né(e) le: / /

ENGAGEMENTS

- Nous reconnaissons avoir reçu copie des Projets Éducatif, Pédagogique et d'Établissement de l'École, des règlements d'Ordre Intérieur et des Études, des tarifs et modalités de paiement des services de l'école ET NOUS NOUS ENGAGEONS À LES RESPECTER.
- Nous certifions SUR L'HONNEUR que toutes les informations de ce document sont exactes et complètes.
- Nous nous engageons à signaler à l'école, dans les plus brefs délais et PAR ÉCRIT toute(s) modification(s) survenant en cours d'année (Attention aux n° de GSM).
- 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 la sécurité de notre enfant étant entendu que nous serons avertis le plus rapidement possible.

Date: / / Signature des parents: