



GRUPE SCOLAIRE



FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU PRIMAIRE

Date 1ère entrée dans l'école :

Nom : Sexe : M / F

Prénoms :

Né(e) le : à

Classe d'origine :

Etablissement d'origine :

Classe actuelle :

Statut : Non Affecté Affecté

Nationalité :

L'enfant vit-il chez les 2 parents ?
 Oui Non
 - chez le père ? Oui Non
 - chez la mère ? Oui Non
 - chez le tuteur ? Oui Non

L'enfant est-il orphelin ? de père de mère

Adresse mail du parent responsable :

Nom Père :

Prénoms :

Profession :

Quartier :

Tél : **Cel :**

Religion :

Nom Mère : Mlle. Mme.

Prénoms :

Profession :

Quartier :

Tél : **Cel :**

Religion :

Qui est le parent responsable ?
 Père Mère Tuteur

? Caractéristiques Médicales

? Groupe Rhésus :

? Transfusion sanguine antérieure Oui Non

? Poids :

? Taille :

? Allergies :

? Antécédents Médicaux

? Diabète : Oui Non

? Epilepsie : Oui Non

? Asthme : Oui Non

? Drépanocytose : Non Oui

? Autres :

? Antécédents chirurgicaux :

? Régime médical :

? Régime particulier :

? L'enfant a-t-il un handicap ? si oui lequel ? :
 Oui Non

? L'enfant est-t-il suivi ? Oui Non

Nom pédiatre :

Cel. pédiatre :

En cas d'urgence, le Groupe Scolaire conduit les enfants à l'hôpital.

Acceptez-vous qu'on le fasse pour votre enfant ?
 Oui Non

Si non, quelle clinique choisissez-vous ?
 Clinique 1 :

Clinique 2 :

? Cursus Scolaire (les 5 dernières années)

Année Scolaire	Etablissement	Classe	Nbr Scol.

? Frères et soeurs inscrit dans l'etablissement

Num	Nom	Prenoms	Classe
01			
02			
03			
04			

? Autres personnes à prevenir en cas d'accidents ou tout autre problème

Num	Nom	Prenoms	Parenté	Contact
01				
02				
03				

? Tuteur de l'élève

Nom :

Quartier :

Prenoms :

Tél : Cel :

Profession :

Religion :

