



ECOLE DE MESSIDOR

FICHE D'INSCRIPTION

<u>NOM de l'enfant</u> :	<u>PRENOM</u> :
Né à :	Date de naissance :/...../
Nationalité :	N° de compte bancaire (<u>pr les comptes de l'E</u>) : BE
<u>N° National</u> :	

<u>MERE</u> : NOM :	PRENOM :
Née à *:	Date de naissance :/...../
Nationalité* :	Pays de naissance* :
<u>N° national</u> :	
Etat civil* : <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> mariée <input type="checkbox"/> cohabitante légale <input type="checkbox"/> veuve <input type="checkbox"/> divorcée <input type="checkbox"/> séparée <input type="checkbox"/> séparée de fait	
Niveau d'études* : <input type="checkbox"/> primaire <input type="checkbox"/> secondaires inférieures <input type="checkbox"/> secondaires supérieures <input type="checkbox"/> post-secondaire <input type="checkbox"/> supérieur type court <input type="checkbox"/> supérieur type long * Les renseignements demandés sous rubrique sont imposés par la Fédération Wallonie-Bruxelles	
Profession* :	Adresse électronique : EN MAJUSCULES

<u>PÈRE</u> : NOM :	PRENOM :
Née à *:	Date de naissance :/...../
Nationalité* :	Pays de naissance* :
<u>N° national</u> :	
Etat civil* : <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> cohabitant légal <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> séparé de fait	
Niveau d'études* : <input type="checkbox"/> primaire <input type="checkbox"/> secondaires inférieures <input type="checkbox"/> secondaires supérieures <input type="checkbox"/> post-secondaire <input type="checkbox"/> supérieur type court <input type="checkbox"/> supérieur type long * Les renseignements demandés sous rubrique sont imposés par la Fédération Wallonie-Bruxelles	
Profession* :	Adresse électronique : EN MAJUSCULES

Téléphones	
1. En cas d'urgence : 1^{er} n° composé →	0
2. Mère :	0
3. Père :	0

Enfant à charge fiscale de ** : Mère - Père

** : → à destination des attestations de frais de garde déductibles fiscalement.

- Adresse de l'enfant :

- 2^{ème} adresse :

Code postal :

Commune :

Personnes EXTERIEURES à la famille autorisées à reprendre l'enfant à l'école + n°s de tél :

-
-
-
-

Venant de :

Adresse :

**Nous déclarons avoir consulté le projet éducatif et pédagogique communal,
le projet d'établissement ainsi que les règlements des études
et d'ordre intérieur auxquels nous adhérons dans leur intégralité.**

→ Voir site : www.ecoledemessidor.net

Date et signature des parents

Signature de la direction

SANTE DE L'ENFANT

Médecin traitant de l'enfant :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

L'enfant présente-t-il des problèmes importants...

- d'allergies ? :

- d'intolérances alimentaires ? :

L'enfant a-t-il été accidenté ? Quand ?

L'enfant a-t-il été opéré, hospitalisé ? Quand ?

L'enfant suit-il actuellement un traitement médical ? Lequel ? Devra-t-il être pris à l'école ?

Nous, parents, déclarons ce jour ne pas devoir donner de plus amples informations quant à la santé de notre enfant à la Direction de l'école.

N.B. : Le Centre P.S.E. vous demandera de compléter ultérieurement un dossier médical complet et ce, conformément à la Loi.

Nom du responsable légal :

Nom de l'enfant :

Date :

Signature :
