COLLÈGE FRANÇAIS
Françoise Dolto Majunga

ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ

aefe
Agence pour l'enseignement français à l'étranger

Photo

FICHE D'INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2018-2019

NOM :…… Prénom (s):…… Prénom d'usage :……

Né (e) le : ……./…… /…… à …… Sexe: Masculin ☐ - Féminin ☐

Nationalité :……

Adresse :……
……

Classe précédente : …… Etablissement: ……
Classe demandée : …… A compter du : ……
Demande internat : Oui☐ Non ☐

Parents ou Responsable légal de l'enfant

Marié(e)☐ Séparé(e)☐ Divorcé(e)☐ Concubinage ☐ Célibataire ☐

Nom du Père : ……..
Profession:……
Nationalité :……
Tél :……
E-mail :……

Autre : Tante ☐ Oncle ☐ ……
Nom :……
Nationalité :……..
Tél :……
E-mail :……

Nom de la Mère : ……
Profession :……..
Nationalité :……
Tél :……
E-mail:……

Signature des parents ou Responsable légal

Mère Père Autre Majunga le, ……

Code famille :…… **Boursier (ère) :…… N° :……** **Classe :……** **Date d'entrée :……**	**La Principale**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom de l'élève: …….. Classe :……..

Numéro téléphone du père :…… ; adresse e-mail :……

Numéro téléphone de la mère :…… ; adresse e-mail :……

1- VOTRE ENFANT A-T-IL SOUFFERT OU SOUFFRE T-IL D'UNE DES MALADIES SUIVANTES ?

*Allergie : NON☐ OUI ☐ Depuis :……. *☐ Asthme : NON☐ OUI ☐ Depuis : ……

* Diabète : NON ☐ OUI ☐ Depuis :……. * Epilepsie : NON ☐ OUI ☐ Depuis : ……..

* Maladie cardiaque : NON ☐ OUI ☐ Depuis : ……

* Autre maladie à préciser : ……

2- SON ETAT DE SANTE ACTUEL :

*Suit-il (elle) actuellement un traitement particulier ? NON ☐ OUI☐, lequel ?.....

* Vaccination à jour OUI ☐ NON ☐

(Photocopie du carnet de vaccination à joindre obligatoirement)

3-PRESENTE T-IL (ELLE) A L'HEURE ACTUELLE L'UN DES SIGNES SUIVANTS :

*Fatigue fréquente : NON ☐ OUI ☐ * Soif anormale : NON☐ OUI☐

* Appétit : réduit☐ exagéré ☐ * Amaigrissement récent et notable (≥ 5Kg) : NON☐ OUI☐

* Des troubles du sommeil : NON☐ OUI ☐ * Difficultés de concentration : NON☐ OUI☐

* Douleurs : NON ☐ OUI☐ , Préciser (nature, type etc..) : …….

4- ANTECEDENTS FAMILIAUX :

* L'un de ces proches parents est-il malade ? NON ☐ OUI☐

Si OUI, préciser : La maladie……..depuis……. le degré de parenté…….

Autres renseignements : …….

NOM, ADRESSE ET NUMERO DE TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT

DECHARGE
Je soussigné, Madame, Monsieur…… autorise la Principale ou la Coordinatrice de l'école du collège Français Françoise DOLTO ou son représentant, à prendre en cas d'accident, toute disposition nécessaire et à faire transporter notre enfant (nom et prénom) …… à l'hôpital le plus proche. Fait à……..le …… **LE PERE** **LA MERE**

REMARQUES : En cas d'accident dans l'établissement, la famille se fait rembourser par l'intermédiaire de l'assurance ARO.