Centre Scolaire "Ma Campagne"
Ixelles

FICHE D'INSCRIPTION
complétée le .....

Document à compléter par les deux PARENTS pour CHAQUE ENFANT.
MERCI DE LE FAIRE PROPREMENT et AVEC PRECISION !
Attention: Ces renseignements engagent votre responsabilité !
N'omettez aucun renseignement ! N'oubliez pas de signer en fin de document !

FUTURE INSCRIPTION
Entrerait le .....
en .....(classe)

NOM de l'élève : (En majuscule SVP) .....

Prénom : ..... Sexe : M / F Nationalité : .....

Né(e) le : ...../...../..... Lieu de naissance : .....

Pays : Belgique / ..... **ATTENTION : Si l'enfant est né à l'étranger :**

Date PRECISE de la PREMIERE ARRIVEE en Belgique : ...../...../.....

Un jugement stipule-t-il qui est RESPONSABLE LEGAL de l'enfant ? OUI - NON Si oui, qui ? Le PERE / La MERE

	Le PERE	LA MERE
Nom		Nom de jeune fille
Prénom		
Statut	Père - Beau-père - Tuteur - Compagnon	Mère - Belle-mère - Tutrice - Compagne
Etat civil	Célibataire- Marié - Remarié - Divorcé - Veuf	Célibataire - Mariée - Remariée - Divorcée - Veuve
Profession		
Adresse précise		
Tél Maison		
Tel travail		
GSM		
Adr.mail		
Nationalité		
Né(e) le:		

L'enfant habite chez : ses parents / sa mère / son père / en garde alternée / ses grands-parents / autre

En cas d'URGENCE, AUTRE numéro d'appel à contacter: _____

Qui est cette personne pour votre enfant? .....

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

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

Nombre d'enfant(s) de la famille DANS L'ECOLE : .....
Est-il l'aîne de ceux-ci à l'école : oui / non

Langue parlée à la maison : .....

Nombre d'enfant(s) DANS LA FAMILLE: .....
Celui-ci est le 1er / 2e / 3e / 4e / .....

SUITE -->

Au niveau médical : NOM, Adresse et TELEPHONE du MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT :	
L'enfant est-il allergique ? **1. A des médicaments ? Lesquels ?** **2. A des aliments ou d'autres produits ? Lesquels ?** L'enfant est : droitier- gaucher Nous joignons un certificat ou une note du médecin : OUI/NON Il doit porter des lunettes : OUI/NON → TOUJOURS/ RIEN QU'EN CLASSE	
<u>ECOLE FREQUENTEE L'AN PASSE : Nom et adresse précise de cette école</u> Nom école : Adresse et code postal : Il y était en 1/2/3e MATERNELLE ou 1/2/3/4/5/6e année PRIMAIRE Ses résultats : .....% : Très bien – Avec difficultés – Doit doubler	
A-t-il dû recommencer sa 3e maternelle ? OUI-NON Si oui : dans quelle école ?	Il est entré pour la première fois en 1e année primaire Le ...../...../20..... Adresse complète de cette école ?

Numéro de registre national Maman : | | | | | | | | | | | | | |

Numéro de registre national Papa : | | | | | | | | | | | | | |

L'attestation fiscale de déduction des frais de garderie devra être établie au nom :

- Du papa
- De la maman

<u>En cas de double attestation (cochez) :</u>

- La répartition des frais sera de 50% pour chaque parent.
- Une autre répartition doit être appliquée :

_____% pour _____ (nom du parent)

_____% pour _____ (nom du parent)

Date et signature des Parents :