

# ANNEE SCOLAIRE 2024-2025

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION SUR LISTE D'ATTENTE : \_\_\_\_\_

CLASSE :  2C  2S  3 GT  4 GT  5 GT  6 GT

### DOSSIER ADMINISTRATIF

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom (orthographe officielle) : \_\_\_\_\_

Sexe : M / F

Nationalité : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Langue l choisie depuis la 1<sup>ère</sup> année :  Néerlandais  Anglais

### **DOMICILE DE L'ETUDIANT**

Rue : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_

C.P. : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

G.S.M. de l'élève : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

N° Registre national (INDISPENSABLE) : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ (voir carte d'identité)

**RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX)** :  Mr et Mme  Mme et Mme  Mr et Mr  Mr  Mme

**PARENT 1** NOM : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ G.S.M. : \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse email (EN IMPRIME SVP) : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Adresse si différente de celle de l'étudiant(e) :**

\_\_\_\_\_

**PARENT 2** NOM : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ G.S.M. : \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse email (EN IMPRIME SVP) : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Adresse si différente de celle de l'étudiant(e)**

\_\_\_\_\_

**AUTRE** NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté avec l'enfant : \_\_\_\_\_

**EN CAS D'ABSENCE NON SIGNALEE DE L'ELEVE (ENVOI D'UN SMS) OU EN CAS D'URGENCE, VEUILLEZ INDIQUER LE N° DE**

**GSM A UTILISER : G.S.M. (UN SEUL NUMERO SVP) :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**ADRESSE MAIL PRINCIPALE (EN IMPRIME SVP) :** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**POUR LES ETRANGER(ERE)S**

Domicile légal des parents : Pays et localité : \_\_\_\_\_

Date d'expiration du permis de séjour : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**DOSSIERS MEDICAL**

MEDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_ Tél. : \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Votre enfant présente-t-il des allergies (médicaments ou autres) :  OUI  NON

si OUI, précisez \_\_\_\_\_

**TROUBLES DE L'APPRENTISSAGE :** Votre enfant a-t' il été **DIAGNOSTIQUE** par un spécialiste ?  Oui  Non

Si OUI, de quel(s) trouble(s) s'agit-il ? (plusieurs cases peuvent être cochées)

Dyslexie  Dyscalculie  Dysorthographe  Dyspraxie  TDA  TDA-H  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**DOSSIER SCOLAIRE**

Etudes primaires terminées le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ecole : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Etudes secondaires :

**Dernier établissement secondaire fréquenté**

Ecole : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Dernière année suivie :  2<sup>ème</sup>  3<sup>ème</sup>  4<sup>ème</sup>  5<sup>ème</sup>  6<sup>ème</sup>

Résultats :  AOA = Réussite sans restriction

AOB = Réussite avec restriction avec exclusion de \_\_\_\_\_

AOC = Echec

**DOSSIER DIVERS**

Nombre d'enfants dans la famille : \_\_\_\_ Position de l'élève parmi ceux-ci : \_\_\_\_

Autre(s) enfant(s) déjà présent(s) dans l'école :

Prénom : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

**REMARQUE(S) EVENTUELLE(S)** (santé, médicaments, comportement, ...)

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature(s) du(des) responsable(s),

**Ce document de renseignements complété par les parents ou la personne investie de l'autorité parentale sera remis à la Direction ou au secrétariat**