

# Ecole communale d'Estaimbourg-Evregnies

Adresse administrative : Rue des Muguets, 1B à 7730 Estaimbourg

Tél : 069/55.73.29

Adresse de l'implantation d'Evregnies : Rue Saint-Léger, 11 à 7730 Evregnies

Tél : 056/48.80.26

<https://ecoleestaimbourg.be/>

<https://www.ecole-evregnies.be/>

N° de matricule : .....

## FICHE D'INSCRIPTION

Entrée : .....

Sortie : .....

### L'enfant :

Nom : .....

Prénom : .....

N°national : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Sexe \* : **M** / **F**

Lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Adresse légale : Rue /Ch/Bld/Av\* .....

n° .....

Code postal : .....

Pays : ..... Localité : .....

Document légalisant l'adresse de l'enfant joint à l'inscription ! \*\*\*

### Données familiales :

➔ **Nom et prénom de la personne responsable :** .....

N°national : ..... Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....

Degré de parenté \* père / mère / autre : ..... Nationalité : .....

Profession : ..... Niveau des études : .....

Adresse (si différente de l'enfant) : .....

Téléphone fixe : ..... GSM : .....

Adresse email : ..... @ .....

➔ **Nom et prénom de l'autre parent de l'enfant :** .....

N°national : ..... Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....

Degré de parenté \* père / mère Nationalité : .....

Profession : ..... Niveau des études : .....

Adresse (si différente de l'enfant) : .....

Téléphone fixe : ..... GSM : .....

Adresse email : ..... @ .....

➔ **Composition de famille :** Les parents sont \* : mariés / divorcés / conjoints / séparés / .....

Frères-sœurs : 1. .... 2. .... 3. ....

4. .... 5. .... 6. ....

➔ **Contact en cas d'urgence autre que les parents :** Nom : .....

Lien avec l'enfant : ..... Tél et GSM : .....

Adresse : .....

➔ **Remarques médicales utiles :**

➔ **Médecin traitant :** ..... Tél : .....

**Parcours scolaire :**

- C'est la première inscription dans une école.
- Document pour le changement d'école remis le ...../...../.....
- Ecole(s) antérieure(s) (+ dossier scolaire et résultats scolaires pour la section primaire !)

Nom et adresse de l'école	Classe	Année scol.	A/R	Remarque(s)

➔ Suivis extérieurs (logopède, psychologue, psychomotricien, orthophoniste, ...)

Fonction	Nom	Téléphone	Motif	Fréquence

➔ Choix du cours philosophique (section primaire)

<input type="checkbox"/> Religion catholique
<input type="checkbox"/> Religion israélite
<input type="checkbox"/> Religion orthodoxe

<input type="checkbox"/> Religion protestante
<input type="checkbox"/> Religion islamique
<input type="checkbox"/> Morale
<input type="checkbox"/> CPC (cours de philosophie et de citoyenneté)

**➔ Remarques ou craintes évoquées par les parents :**

.....

.....

.....

.....

**Rappelons :**

- ➔ qu'il est formellement interdit de confier un enfant malade ou montrant des signes de fatigue anormale ou de maladie,
- ➔ qu'aucun enseignant ne peut jamais transporter un enfant malade ou blessé dans son propre véhicule,
- ➔ que les frais médicaux engagés par l'école devront être remboursés dans les plus brefs délais,
- ➔ qu'en cas d'accident, les parents seront prévenus le plus rapidement possible. Toutefois, n'importe quel membre de l'équipe éducative se réserve le droit d'appeler tout médecin ou le service 112.

**Je soussigné(e) autorise toute intervention thérapeutique jugée indispensable par le personnel médical contacté.**

**Je déclare sur l'honneur que ces renseignements sont bien exacts et m'engage à signaler tout changement qui surviendrait au cours de l'année scolaire.**

**Je déclare également avoir pris connaissance du R.O.I et du projet d'établissement.**

**DATE et SIGNATURES des parents :**

\* = entourer ce qui convient

\*\*\* = Domicile en Belgique = une composition de famille

= Domicile en France = une attestation de filiation ou extrait d'acte de naissance et preuve du domicile par une facture d'électricité, une attestation de paiement de la caisse d'Allocations Familiales.