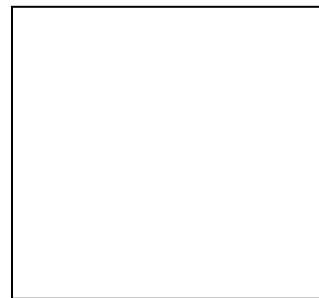




# Académie Chrétienne

42, Delmas 65 Port-au-Prince  
Téléphone : (509) 2228-5293  
[www.academiechretienne.com](http://www.academiechretienne.com)



## Formulaire d'inscription

Date: \_\_\_\_\_

### **INORMATIONS SUR L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM(S) \_\_\_\_\_

Prénom usuel \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lieux de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe M  F  Religion : \_\_\_\_\_ Langue maternelle : \_\_\_\_\_

Inscription en classe de : \_\_\_\_\_ Section : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom de la personne inscrivant l'enfant : \_\_\_\_\_

Lien de parenté \_\_\_\_\_

Dernière école fréquentée : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

L'élève a-t-il déjà fréquenté l'école Fondamentale Académie Chrétienne ? Oui  Non

Si oui indiquer la période : Années : \_\_\_\_\_ classe(s) fréquentée(s) \_\_\_\_\_

Les raisons pour lesquelles il (elle) avait quitté l'école : \_\_\_\_\_

### **PERSONNE(S) RESPONSABLE(S)**

Nom(s) et Prénom(s) \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_

Occupation de la mère \_\_\_\_\_ Occupation du père \_\_\_\_\_

L'enfant vit-il avec ses deux parents \_\_\_\_ oui \_\_\_\_ non, il vit avec \_\_\_\_\_

Adresse actuelle \_\_\_\_\_

No

Rue

Ville

Zone

#Tel Portable : \_\_\_\_\_ #Tél du travail : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Religion des parents \_\_\_\_\_ Eglise fréquentée \_\_\_\_\_

Nom du pasteur \_\_\_\_\_ L'enfant fréquente-t-il l'église? \_\_\_\_\_

La mère est-elle membre de l'église \_\_\_\_\_ Part active? (Précisez) \_\_\_\_\_

Le père est-il membre de l'église \_\_\_\_\_ Part active? (Précisez) \_\_\_\_\_

**En cas d'urgence, contactez :**

Nom : \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Qui vous a parlé de l'Académie Chrétienne? \_\_\_\_\_

Quel rôle pensez-vous qu'un parent joue dans la formation académique de son enfant ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indiquez les raisons pour lesquelles vous avez choisi l'Académie Chrétienne ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INFORMATIONS MEDICALES**

Est-il souvent malade ?  Non  Oui

Souffre-t-il d'une maladie Chronique ?  Non  Oui- Laquelle ? \_\_\_\_\_

Souffre-t-il d'une maladie l'empêchant de participer aux activités sportives ?  Non  Oui

Visite chez un psychologue :  Non  Oui –date de la première visite : \_\_\_\_\_

Objet de la visite: \_\_\_\_\_

Visites continues  Non  Oui-date de la dernière visite \_\_\_\_\_

Vaccins à jour :  Non  Oui Usage de médicament (s) pour une longue période  Non  Oui

Indiquer le(s) nom(s) complet(s) de médicament (s) \_\_\_\_\_

**Signature du parent:** \_\_\_\_\_

**Signature de la direction :** \_\_\_\_\_