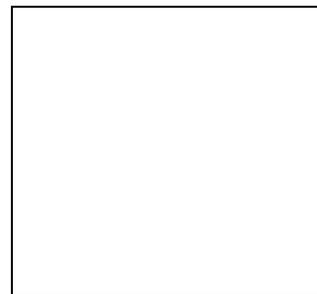




Académie Chrétienne

42, Delmas 65 Port-au-Prince
Téléphone : (509) 2228-5293
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 : _____