

AU NIVEAU MEDICAL : Si nécessaire : Nom et téléphone du médecin traitant :

L'enfant est-il ALLERGIQUE ? 1. A des médicaments ? Lesquels ?

2. A des aliments ou d'autres produits ? Lesquels ?

Nous joignons un certificat ou une note complémentaire du médecin : OUI / NON

L'enfant est : droitier - gaucher

Il doit porter des lunettes : OUI / NON --> TOUJOURS / RIEN QU'EN CLASSE

ECOLE FREQUENTEE L'AN PASSE : Celle-ci / ou ... : Nom et adresse précise de cette école :

Téléphone de cette école :

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// 19..... Adresse complète de cette école :

Si nécessaire : RESERVATION D'INSCRIPTION POUR UN PETIT FRERE OU UNE PETITE SOEUR

Nom et PRENOM : Né(e) le

Entrée probable à l'école : SEPTEMBRE / TOUSSAINT / NOEL / JANVIER / CARNAVAL / PAQUES / MAI

Document à donner à l'école : une composition de ménage

UNIQUEMENT POUR LES ENFANTS ENTRANT EN MATERNELLE APRES LE 1er OCTOBRE DE CETTE ANNEE SCOLAIRE :

Nous certifions sur l'honneur que notre enfant n'a pas déjà été inscrit dans une autre école (francophone ou néerlandophone)
depuis le 1er septembre dernier : OUI - NON

Date et signature des Parents :

Version WY 06.10.01