ÉCOLE AL-HOUDA
DEMANDE D'ADMISSION

Année scolaire: 2017- 2018

Code permanent:_____ N. d'assurance-maladie:_____

Nom de famille:_____ Prénom:_____

Date de naissance:_____/_____/_____ Lieu de naissance:_____

J M A Pays / Ville

Sexe: Masculin ☐ Féminin ☐

Votre enfant, a-t-il des problèmes chroniques de santé ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lequels ?_____

_____

Niveau:_____

Nom de l'école (en cas de transfert):_____

Langue maternelle:_____ Langue parlée à la maison: _____

Père

Nom de famille:_____ Prénom :_____

Pays de naissance:_____

Langue maternelle:_____ 2e langue :_____

Mère

Nom de famille:_____ Prénom :_____

Pays de naissance:_____

Langue maternelle:_____ 2e langue :_____

Personne responsable de l'enfant: père & mère ☐ père ☐ mère ☐ Tuteur : ☐

Adresse:_____

Code postale_____ No de téléphone (domicile) :_____

No de cellulaire (père):_____ No de cellulaire (mère): _____

Tél: au travail (père):_____ Tél: au travail (mère):_____

Courriel (père):_____

Courriel (mère):_____

Autres informations:_____

_____ _____

Signature Date