

FICHE IDENTIFICATION ELEVE 2019-2020

Je soussigné : Monsieur Madame

Nom et prénom :

Lien de parenté :

Email :

Sollicite une : Réinscription Inscription

En classe de : Série :

ELEVE

Matricule : (En rouge)

Nom Elève :

Prénom Elève :

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

Sexe : Fille Garçon

Nationalité :

Lieu d'habitation :

Téléphone mobile : (+225)...../...../.....

Langue vivante 1 (LV1) Anglais Allemand Espagnol

Langue vivante 2 (LV2) Anglais Allemand Espagnol

SCOLARITE ANTERIEURE:

Année Scolaire	Classe	Etablissement
2018-2019		
2017-2018		
2016-2017		

LE PERE

Nom et Prénoms :

Profession : Email :

Téléphone :/...../..... BP :

LA MERE

Nom et Prénoms :

Profession : Email :

Téléphone :/...../..... BP :

LE TUTEUR

Nom et Prénoms :

Profession : Email :

Téléphone :/...../..... BP :

Signature et Cachet de l'administration

FICHE D'ENGAGEMENT 2019-2020

MATRICULE : (En rouge)

NOM ET PRENOMS :

CLASSE :

CONTACT :

MAIL :

Je m'engage à :

- Garder en toute circonstance une attitude respectueuse envers le personnel administratif et le corps enseignant
- Porter la tenue règlementaire au sein de l'établissement
- Ne causer aucune dégradation aux locaux de l'établissement
- Respecter le règlement intérieur de l'établissement
- Me soumettre obligatoirement aux évaluations.

**NB : L'usage du téléphone portable est strictement interdit au sein de l'établissement.
Tout téléphone portable et accessoires saisis sont définitivement confisqués.**

En cas de non respect des engagements précités, j'accepte de subir les sanctions disciplinaires pouvant aller jusqu'à mon exclusion définitive.

Lu et approuvé
Signature de l'élève

Fait à Bonoua, le/...../20.....

FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE CONFIDENTIELLE

IDENTITE DE L'ELEVE

Nom:..... Prénoms :..... Classe :.....

Né(e) le :/...../..... à Nationalité :.....

Adresse :.....

Sexe : Garçon Fille

ANTECEDENTS MEDICAUX FAMILIAUX

Y-a-t-il des problèmes médicaux dans la famille (parent, frères, sœurs) ?

Diabète Hypertension Pulmonaires Cardiaques drépanocytoses

Autres, précisez :.....

ANTECEDENTS MEDICAUX DE L'ELEVE

Votre enfant a-t-il eu des difficultés dans la 1^{ère} enfance ?

Non Oui

Si oui, préciser la nature et la date.....

Votre enfant est né

A terme Prématuré

Votre enfant souffre-t-il d'allergie ?

Médicament / Citez :.....

Aliments/ Citez :.....

En cas d'urgence et d'hospitalisation, la direction de Collège VHK pourra prendre toutes initiatives concernant l'enfant. Il est entendu que les frais engagés seront à la charge du parent.

Centres Hospitaliers conseillers : 1-.....

2-.....

3-.....