



22725 Alick Nkhata Ave, Longacres, PO BOX 30 062 - LUSAKA - ZAMBIE

Tel: +260-211-25 41 22 / +260-975 01 02 03

email: secretariat@eflusaka.com

site: www.eflusaka.com



## FICHE D'INSCRIPTION

**NOM DE L'ELEVE:** \_\_\_\_\_

**PRENOM:** \_\_\_\_\_ **N° matricule:** \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance: \_\_\_\_\_ **Classe:** \_\_\_\_\_

Nationalité: \_\_\_\_\_ **Date d'inscription:** \_\_\_\_\_

Langues parlées: \_\_\_\_\_ **Sexe:** M  F

**Etablissement Antérieur:** \_\_\_\_\_

**Pays:** \_\_\_\_\_ **Années:** \_\_\_\_\_

**NOM DU PERE:** \_\_\_\_\_

profession: \_\_\_\_\_ employeur: \_\_\_\_\_

tel portable: \_\_\_\_\_ tel bureau: \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

situation familiale: \_\_\_\_\_

**NOM DE LA MERE:** \_\_\_\_\_

profession: \_\_\_\_\_ employeur: \_\_\_\_\_

tel portable: \_\_\_\_\_ tel bureau: \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

situation familiale: \_\_\_\_\_

Langue choisie pour les informations:      **Anglais**       **Français**

**ADRESSE DOMICILE:** \_\_\_\_\_ tel domicile: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ quartier: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AUTRES PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT**

Nom: \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant: \_\_\_\_\_

Tél: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **INFORMATIONS MEDICALES:**

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, autorise le responsable de l'école à conduire mon enfant \_\_\_\_\_ à l'hôpital indiqué ci-dessous en cas d'urgence

Hôpital / Clinique: \_\_\_\_\_ téléphone: \_\_\_\_\_

Assurance: \_\_\_\_\_

Nom du médecin: \_\_\_\_\_ téléphone: \_\_\_\_\_

**Problèmes éventuels de santé:**                      épilepsie                      surdité                      vue                      \_\_\_\_\_

problèmes orthopédiques                      asthme                      convulsion                      tumeur                      \_\_\_\_\_

allergies ou autres: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Il est impératif que toute maladie contagieuse soit signalée à l'école au moment même de son diagnostic

\*Aucun médicament n'est autorisé à l'école sauf dans le cadre de PAI (Projet d'Accueil Individualisé)

rédigé avec un médecin et signé par l'établissement et la famille

## **AUTORISATIONS** (à remplir par les 2 parents en cas d'adresses différentes)

### **MERE :**

**J'autorise:**                      ~ la réception par mail des informations venant de l'école                      OUI                       NON

   ~ la communication de mon adresse électronique aux associations des parents d'élèves                      OUI                       NON

   ~ la publication des photos, de films ou de production de mon enfant dans le cadre des activités scolaires sur le site internet et la page Facebook de l'école                      OUI                       NON

### **PERE :**

**J'autorise:**                      ~ la réception par mail des informations venant de l'école                      OUI                       NON

   ~ la communication de mon adresse électronique aux associations des parents d'élèves                      OUI                       NON

   ~ la publication des photos, de films ou de production de mon enfant dans le cadre des activités scolaires sur le site internet et la page Facebook de l'école                      OUI                       NON

Nous avons pris connaissance du règlement intérieur de l'Ecole sur le site eflusaka.com

## **SIGNATURE:**

**Fait à Lusaka le:** \_\_\_\_\_

Mère

Père