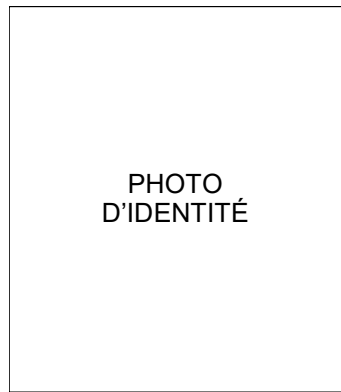


**Institut de la Providence**  
 rue du Sergent Sortet, 23  
 1370 Jodoigne  
 Tél. : 010 - 81.11.39  
 Fax : 010 - 81.11.58



**Fiche d'inscription et / ou de renseignements**

Classe : ..... primaire – maternelle  
Date d'entrée : ..... N° matricule : .....

**ENFANT**

NOM :																								
PRÉNOM :																					SEXE :	M	F	
DATE DE NAISSANCE :																								
COMMUNE DE NAISSANCE :																								
NATIONALITÉ :																								
RUE, NUMÉRO :																								
CODE POSTAL, LOCALITÉ :																								
Coordonnées complètes de l'école antérieure si différente + année fréquentée																								

**1<sup>er</sup> PARENT ou RESPONSABLE LÉGAL**

Père – mère – tuteur (entourer)	<u>État civil</u> : marié / cohabitant légal / cohabitant / célibataire/ séparé / divorcé																							
NOM :																								
PRÉNOM :																								
PROFESSION :																								
RUE, NUMÉRO (si ≠ enfant) :																								
CODE POSTAL, LOCALITÉ :																								
Téléphone domicile :																								
Téléphone bureau / GSM :																								
Adresse mail :																								

**2<sup>e</sup> PARENT**

Père – mère (entourer)	<u>État civil</u> : marié / cohabitant légal / cohabitant / célibataire/ séparé / divorcé																							
NOM :																								
PRÉNOM :																								
PROFESSION :																								
RUE, NUMÉRO (si ≠ enfant) :																								
CODE POSTAL, LOCALITÉ :																								
Téléphone domicile :																								
Téléphone bureau / GSM :																								

**REMARQUES ÉVENTUELLES SUR LA GARDE DE L'ENFANT :**

--

REMARQUES OU DEMANDES EVENTUELLES :

ÉTAT DE SANTÉ DE L'ENFANT :

Renseignements médicaux utiles : asthme, diabète, épilepsie, allergies, .....

Date du dernier rappel anti-tétanos :

MÉDECIN TRAITANT :

NOM :

TÉLÉPHONE :

PERSONNE RESSOURCE EN CAS D'URGENCE, en plus des parents (préciser le lien : .....

NOM :

TÉLÉPHONE :

2<sup>ème</sup> PERSONNE RESSOURCE EN CAS D'URGENCE, en plus des parents (préciser le lien : .....

NOM :

TÉLÉPHONE :

Monsieur, Madame .....

agissant en tant que responsable légal de ..... déclare(nt) inscrire leur enfant à l'Institut de la Providence et souscrire entièrement à ses projets éducatif, pédagogique et d'établissement, ainsi qu'à ses règlements des études et d'ordre intérieur dont ils déclarent avoir reçu un exemplaire.

Il(s)/elle(s) autorise(nt) les responsables de l'École de la Providence à présenter leur enfant à un médecin ou à faire appel à un service médical d'urgence en cas de blessure, de malaise, ou d'état de santé inquiétant. Ils s'engagent à dédommager l'école des frais éventuels qu'elle aurait dû engager pour y subvenir.

Date : .....

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »

.....

Nous avons besoin de :

LA PHOTOCOPIE DE LA CARTE D'IDENTITE

+

UNE COMPOSITION DE MÉNAGE