

Enseignement privé préscolaire, primaire, collège et lycée / Autorisations N° 2750 – 2003/01/05 : رقم الرخص / إعدادي و ثانوي / ابتدائي، تعليم خاص أولي، ابتدائي، إعدادي و ثانوي

Demande d'inscription	طالب التسجيل
En classe de	في المستوى
Année scolaire	السنة الدراسية

ENFANT : الطفل :
Prénom : الاسم الشخصي :
Nom : الاسم العائلي :
Date et lieu de naissance : تاريخ ومكان الازدياد :
Nationalité : الجنسية :
Adresse du domicile : العنوان العائلي :
N° téléphone domicile : رقم الهاتف :

PERE : الأب :
Nom et prénom : الاسم العائلي والشخصي :
Profession : المهنة :
Adresse du travail : عنوان العمل :
N° téléphone bureau : GSM : رقم الهاتف :
Adresse électronique : العنوان الالكتروني

MERE : الأم :
Nom et prénom (nom de jeune fille) : الاسم العائلي والشخصي :
Profession : المهنة :
Adresse du travail : عنوان العمل :
N° téléphone bureau : GSM : رقم الهاتف :
Adresse électronique : العنوان الالكتروني

TUTEUR : الوالدي :
Nom et prénom : الاسم العائلي والشخصي :
Profession : المهنة :
Adresse du travail : عنوان العمل :
N° téléphone bureau : GSM : رقم الهاتف :
Adresse électronique : العنوان الالكتروني

Nombre des frères et sœurs :

Avez-vous un enfant déjà scolarisé à L'Institution « LES IRIS » ? OUI ☐ NON ☐

Demandez – vous également l'inscription d'un frère ou d'une sœur ? OUI ☐ NON ☐

-Si oui pour quelle classe ? :

Agadir, le : أكادير في :

Père, mère ou tuteur : الأب، الأم أو الوالي :

Signature : إمضاء :

ENGAGEMENTS

(Valable durant toutes ses années de scolarité au sein de l'institution)

I/ MEDICALE

Nom et prénom de l'élève : En classe de :

Groupe sanguin :

1) Antécédents médicaux :

ASTHME OUI ☐ NON ☐ DIABETE OUI ☐ NON ☐
HEPATITE OUI ☐ NON ☐
ALLERGIES OUI ☐ NON ☐ Si OUI (précisez)
AUTRES ☐ (précisez)

2) Maladie ou accident au cours de l'année précédente :

.....

3) Traitement médical en cours :

.....

4) Contrôle de la vue Oui ☐ Non ☐

Si non, nous nous engageons Mme/M. à contrôler la cuité visuelle de notre enfant régulièrement.

5) Pour tout suivi médical demandé un rapport du médecin spécialiste et/ou une attestation de guérison est à remettre obligatoirement à l'institution.

II/ AUTORISATION

Nom et prénom du père :

Nom et prénom de la mère :

Autorise ☐

N'autorise pas ☐

Mon enfant : En classe de :

A participer aux sorties scolaires organisées par l'institution dans le périmètre Agadir-Idaoutanane durant toutes les années de sa scolarité.

Autorise ☐

N'autorise pas ☐

- L'Institution " LES IRIS " à publier les photos de mon enfant, prises depuis l'origine de l'école ou à prendre ultérieurement, sur toute publication émanant de l'institution ou sur son site Internet.

- Noms de toutes les personnes autorisées à prendre l'enfant à la sortie des classes :

Valable seulement pour les classes MATERNELLES

.....
.....

III/ REGLEMENT

Nous nous engageons dans tous les cas à payer tous types d'enseignement assurés par l'institution et à respecter le délai de paiement le 1^{er} de chaque mois conformément à son règlement intérieur et ce durant toutes les années de scolarité de mon enfant dans votre établissement.

Passé ce délai l'enfant ne sera pas accepté à l'école sans aucun préavis jusqu'au paiement du montant dû.

Nom & prénom du père :

Date :

Signature légalisée du
représentant légal de l'enfant.

.....