

Demande de réinscription طلب إعادة 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

Santé de l'enfant : ASTHME ☐ DIABETE ☐ HEPATITE ☐ ALLERGIES ☐

AUTRES :

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 ? :

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

Valable seulement pour les classes MATERNELLES

-
-

Agadir, le : أكادير في :

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

Signature : إمضاء :