

# Fiche d'inscription

Etablissement précédent :

N° registre

Date :

Niveau:

PAI (O/N) :

NOM :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Cadet (O/N) :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Section italienne (O/N):

Nationalité :

Assurance :

L'enfant doit-il suivre un traitement pendant les heures scolaires (O/N)

Allergies :

Allergies alimentaires :

Tél domicile :

Portable père :

Tél autre :

Portable mère :

**Père**

Tuteur légal (O/N)

Nom et prénom :

Adresse :

Profession :

Tél travail :

**Mère**

Tuteur légal (O/N)

Nom 1) de *jeune fille* et prénom :

2) *marital* :

Adresse :

Profession :

Tél travail :

Vous êtes : mariés    séparés    divorcés

Qui a la garde de l'enfant ?

Tél médecin :

Nom adresse médecin :

Hôpital ou clinique :

**Date et signature ...../...../20**