Dossier d'inscription

L'enfant et sa famille

☐ M. ☐ Mlle

Nom de l'enfant: _____ Prénom: _____

Date de Naissance (jj.mm.aaaa) : _____

Nationalité (Si Suisse - canton d'origine) : _____

Date de 1ère résidence à Genève: _____

Pays de provenance (si Suisse canton de provenance) : _____

Adresse de l'élève: _____

Parent 1	Parent 2
Nom, prénom:	Nom, prénom:
Lien de parenté:	Lien de parenté:
Responsable légal: ☐ oui ☐ non	Responsable légal: ☐ oui ☐ non
Garde partagée : ☐ oui	Garde partagée : ☐ oui
Profession: ☐ Salarié/e ☐ A son compte ☐ Plein temps ☐ Temps partiel	Profession: ☐ Salarié/e ☐ A son compte ☐ Plein temps ☐ Temps partiel
e-mail:	e-mail:
Téléphone mobile : Téléphone fixe: Téléphone professionnel:	Téléphone mobile: Téléphone fixe: Téléphone professionnel:
Même adresse que l'élève: ☐ oui ☐ non	Même adresse que l'élève: ☐ oui ☐ non
Si non:	Si non:

Dossier d'inscription

Scolarité et parcours

J'INSCRIS MON ENFANT:

Jardin d'enfant (3 ans): ☐ Jusqu'à 11h30 ☐ Jusqu'à 13h00 ☐ Jusqu'à 15h30	☐ 1ère - 2ème primaire (4-6 ans) ☐ 3ème - 8ème primaire (6-12 ans)

	Cantine	Parascolaire 4 jours	Parascolaire 1 -2- 3 jours	Intérêt pour le mercredi après-midi (solution potentielle en cours d'élaboration)
Cases à cocher >				
			Merci de préciser le ou les jours souhaités:	Si oui, jusqu'à quelle heure?

Mode de paiement:

☐ Mensuel sur 10 mois, au 1er de chaque mois
☐ Trimestriel (24 août , 1er janvier, 1er avril)
☐ Annuel (au 24 août)

ADMISSION EN CLASSE

Dernière école suivie: _____ Degré: _____
(Veuillez joindre une photocopie du dernier bulletin scolaire)

J'autorise l'école à contacter cette précédente structure pour toute information nécessaire:
☐ OUI
☐ NON

Langue maternelle: _____

Autres langues maîtrisées: _____

Remarques sur le caractère et le comportement: _____

Dossier d'inscription

Santé et signatures

SANTÉ:

Nom de l'assurance maladie et accidents: _____

Mon enfant est en bonne santé oui ou

Points à surveiller: _____

Maladies: _____

Allergies : _____

Thérapies en cours _____

En cas d'urgence, vers quel hôpital souhaiteriez-vous que votre enfant soit dirigé?

☐ Pédiatrie HUG

☐ Autres: _____

Les soussignés acceptent les conditions énoncées dans les « conditions générales » et attestent par signature leur solvabilité financière.

Lieu et Date: _____

Nom, prénom

Nom, prénom

Signature parent 1 : _____

Signature parent 2 : _____