



Ecole Saint-Jean-Baptiste Maternelle

Rue Juppin, 7 5000 Namur

081/74.37.52

direction1@esjb.be

secretariat1@esjb.be

20...../20.....

FICHE D'INSCRIPTION

Date d'entrée prévue : ...../...../.....

Année : Accueil – M1 – M2 – M3

Document à compléter par un des PARENTS pour CHAQUE enfant.

ATTENTION : Ces renseignements engagent votre responsabilité !

N'omettez aucun renseignement ! N'oubliez pas de signer en fin de document !

Une composition de ménage doit être ajoutée à l'inscription pour qu'elle soit effective.

NOM de l'élève : (en majuscule svp)

Grid for name entry

Prénom : .....

Sexe : M / F

Nationalité : .....

Né(e) le : [Grid]

Ville et pays de naissance : .....

N° de REGISTRE NATIONAL de l'enfant :

Grid for national register number

PAPA

MAMAN (nom de jeune fille)

Table with columns for PAPA and MAMAN, rows for Nom, Prénom, Etat civil, Adresse, Né(e) le, Profession, Tél. Maison, Tél travail, GSM, E-mail (en majuscule), Nationalité, E-mail Facturation

Pour retrouver vos paiements par virement à l'école, veuillez nous préciser le n° de compte généralement utilisé et le nom de son titulaire

Grid for bank account number

Au nom de : .....

Responsable légal : .....

L'attestation fiscale de déduction des frais de garderie devra être établie au nom de : Papa / Maman

- 1. L'enfant habite chez : ses parents / sa maman / son papa / en garde alternée / ses grands-parents / autre : .....
2. En cas de séparation ou de placement : un jugement stipule-t-il qui est RESPONSABLE LEGAL de l'enfant ? OUI – NON
Si oui, qui ? PAPA / MAMAN / AUTRE : .....
3. L'enfant est-il placé par le juge ? OUI – NON

Langue(s) parlée(s) à la maison : français et/ou .....

Nombre d'enfant DANS LA FAMILLE : .....

Celui-ci est le 1er / 2e / 3e / 4e / .....

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :**

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

Allergie(s) :  NON  OUI si oui, lesquels ?

Aliments, produits, médicaments, iode ou autres ? .....

Nous joignons une note complémentaire du médecin : OUI / NON

Lunettes : OUI / NON si oui : TOUJOURS / RIEN QU'EN CLASSE

Date du dernier vaccin antitétanique :

En cas d'URGENCE, numéro d'une personne autre que les parents à contacter en journée : .....

Qui est cette personne pour votre enfant ? .....

**ECOLE ou CRÈCHE FRÉQUENTÉE L'AN PASSÉ :** Nom et adresse précise de l'établissement

Il était en : Accueil / 1<sup>ère</sup> / 2<sup>e</sup> / 3<sup>e</sup> MATERNELLE

Remarques éventuelles concernant l'enfant :

**ENGAGEMENTS DES PARENTS OU RESPONSABLE :**

1. Nous certifions sur l'honneur que **toutes les informations de ce document sont exactes et complètes** et nous nous engageons à signaler à l'école, dans les plus brefs délais et **PAR ÉCRIT**, toutes modifications survenant en cours d'année.

2. Nous reconnaissons avoir pris connaissance des Projets éducatif et pédagogique de l'Établissement et du règlement d'Ordre Intérieur (ROI), des tarifs et modalités de paiement des services proposés par l'école  
**ET NOUS NOUS ENGAGEONS À LES RESPECTER.**

3. **Au cas où nous ne pourrions pas être contactés**, nous laissons le soin au médecin et/ou à l'école de prendre toutes décisions qui nécessiterait l'état de santé ou la sécurité de notre enfant, étant entendu que nous serons avertis le plus rapidement possible.

4. **En cas de séparation des parents**, nous nous engageons à remettre à la direction un document **officiel** (jugement) notifiant qui a la garde de l'enfant et informons l'autre parent de cette inscription.

**UNIQUEMENT POUR LES INSCRIPTIONS EN COURS D'ANNÉE SCOLAIRE :**

- Nous certifions sur l'honneur que notre enfant n'a pas fréquenté une autre école
- Nous apportons une autorisation de changement d'école

**Date et signature(s) des Parents :**