

## GROUPE SCOLAIRE PRIVÉ LES QUATRE TEMPS

### AUTORISATION DU MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE N°17/505

NOM ET PRÉNOM DE L'ÉLÈVE : .....

الاسم و النسب : .....

INSCRIPTION EN CLASSE DE : .....

ANNÉE SCOLAIRE : .....

## RESPONSABLE

PÈRE	MÈRE	TUTEUR
Nom : .....	Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....	Prénom : .....
CIN : .....	CIN : .....	CIN : .....
Nationalité : .....	Nationalité : .....	Nationalité : .....
Profession : .....	Profession : .....	Profession : .....
Tél : .....	Tél : .....	Tél : .....
Tél (sms) : .....	Tél (sms) : .....	Tél (sms) : .....
E-mail : .....	E-mail : .....	E-mail : .....
Autorisé à récupérer l'enfant <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorisée à récupérer l'enfant <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorisé à récupérer l'enfant <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

## CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

### SCOLARITÉ ANTÉRIEURE DE L'ÉLÈVE

Les établissements fréquentés pendant les 3 dernières années classés par ordre chronologique :

ANNÉE	ÉTABLISSEMENT	LOCALITÉ	PUBLIC OU PRIVÉ	NIVEAU	MOYENNE ANNUELLE

L'élève a-t-il suivi des cours d'anglais en classe ou auprès d'un organisme d'enseignement de langues ?

OUI

NON

### TEST D'ACCÈS

À LA CLASSE : ..... FILIÈRE : .....

NIVEAU SCOLAIRE ACTUEL : ..... FILIÈRE : .....

REDOUBLANT

NOM : ..... PRÉNOM : ..... SEXE : M  F

NÉ(E) LE : ..... À : .....

ADRESSE : ..... VILLE : .....

#### 1<sup>ER</sup> TEST

- RDV le : .....

- RÉSULTAT COMMUNIQUÉ LE : .....

- RÉSULTAT DU TEST :

- ADMIS (E)  OUI  NON
- ADMIS (E) AVEC RÉSERVE  OUI  NON

• NON ADMIS (E) AVEC POSSIBILITÉ D'UN 2<sup>ème</sup> TEST :  OUI  NON

• NON ADMIS (E) RÉSULTAT DÉFINITIF :  OUI  NON

#### 2<sup>ème</sup> TEST

- RDV LE : .....

- RÉSULTAT COMMUNIQUÉ LE : .....

- RÉSULTAT DU TEST :

- ADMIS (E) AVEC RÉSERVE  OUI  NON

• NON ADMIS (E)  OUI  NON



## INSCRIPTION

N° :

**Renseignements complémentaires :**

## ÉLÈVE

DATE D'ENTRÉE : ...../...../.....

CODE ÉLÈVE ( MASSAR ) : .....

NATIONALITÉ : ..... PAYS : .....

ADRESSE : .....

.....

QUARTIER : .....

ÉTABLISSEMENT D'ORIGINE : ..... VILLE : .....

DIRECTION PROVINCIALE D'ORIGINE : .....

## SORTIES PÉDAGOGIQUES ET RÉCRÉATIVES

J'autorise mon fils (ma fille) ..... à participer à toutes les sorties pédagogiques organisées par l'école. J'autorise également l'école à publier les photos prises lors des sorties et pour toute activité organisée par l'établissement.

## INFORMATIONS PARTICULIÈRES

### DOSSIER MÉDICAL

MALADIE : .....

TRAITEMENT SUIVI : .....

.....

### MÉDECIN TRAITANT :

- NOM : ..... PRÉNOM : .....
- ADRESSE : .....
- TÉL : .....

En cas de malaise ou d'accident de l'élève, quelles personnes prévenir en plus des parents ?

- 1- NOM : ..... 2- NOM : .....
- TÉLÉPHONE : ..... TÉLÉPHONE : .....

En cas d'urgence et si les parents ne sont pas disponibles, l'élève est conduit à la clinique :

**Tous les frais de soins et d'hospitalisation apportés à l'élève suite à un accident à l'école sont pris en charge directement par les parents.**

**La constitution dans les délais du dossier médical permettra aux parents d'obtenir le remboursement des frais de soins engagés suivant les dispositions établies par le contrat d'assurance de l'école.**

### PAUSE DÉJEUNER

Les élèves peuvent s'inscrire à la cantine, acheter auprès du secrétariat un ticket repas quotidien, ou ramener un panier repas personnel à 8 heures.

**Il est strictement interdit de livrer les repas au cours de la journée sauf autorisation préalable de l'administration.**