



GROUPE

FRED & POPPEE

ECOLE INTERNATIONALE

PHOTO

(à agrafes)

MATRICULE :

FICHE D'INSCRIPTION ET DE REINSCRIPTION

Maternelle-Primaire

Inscription :

Réinscription :

Maternelle :

Primaire :

RENSEIGNEMENTS ENFANT

Nom :Prénoms :

Date de naissance : Lieu :

Nationalité : Sexe :

Etablissement d'origine :

Classe antérieure : Classe à suivre :

Langue parlée par l'enfant.....

Activités préférés de l'enfant :

Indication sur le domicile :

Commune :

Quartier :

Repère :

Villa /Immeuble :

A RENSEIGNER

CLASSE	ANNÉE-SCOLAIRE	ÉCOLE
TPS		
PS		
MS		
GS		
CP		
CE1		
CE2		
CM1		
CM2		

RENSEIGNEMENTS PARENTS/TUTEURS

IDENTITE DES PARENTS	PERE	MERE	TUTEUR
NOM & PRENOMS			
EMPLOYEUR			
PROFESSION			
TEL. Domicile / CEL			
TEL. Bureau			
ADRESSE POSTALE			
MAIL			

Qui recevra les notifications de la vie scolaire ? Père Mère Tuteur

Abidjan le.....

Signature du parent

La Direction



FICHE MÉDICALE D'INFORMATION
Infirmierie

IDENTITE DE L'ELEVE

Nom et Prénoms: Classe :

Date et lieu de naissance :

INFORMATION MÉDICALE

Groupe sanguin : Poids :

Maladies ou interventions antérieures graves (lesquelles et quand ?)

---
---
---

L'enfant est-il allergique ou sensible à certains médicaments ? Oui / Non

Lesquels ?

.....
.....

L'enfant a-t-il des difficultés de digestion ou des aversions particulières envers certains aliments ? Oui / Non

Lesquels ?.....

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

.....

L'enfant doit-il prendre des médicaments durant la journée de classe ? Oui / Non

Lesquels ? :

A quel moment :

L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

(Cochez la (les) case(s))

- Diabète
- Asthme
- Affection cardiaque
- Épilepsie
- Affection cutanée

- Saignement de nez
- Maux de tête
- Maux de ventre
- Angoisse

Autres (précisez)

-
-

Pour les affections retenues, merci d'indiquer quel est le traitement habituel/comment réagir et quelles sont les précautions particulières à prendre :

.....
.....
.....

PERSONNE A CONTACTÉR EN CAS D'URGENCE

Nom : prénoms :

Lien de parenté :Téléphone :

MEDECIN TRAITANT

Nom et prénoms :

Nom et adresse du cabinet :

Téléphone :

Abidjan le,

Signature de la (les) personne (s) responsable (s) de l'élève

**ÉCHÉANCIER DE PAIEMENT
SCOLARITÉ
MATERNELLE-PRIMAIRE**

1- Les frais de scolarité sont payables par échéances ou versements :

	1 ^{er} versement	2 ^e versement	3 ^e versement	4 ^e versement	5 ^e versement	
SCOLARITE	Payable l'inscription (Mars à Juin)	05 Septembre	05 Octobre	05 Novembre	05 Décembre	Inscription
Maternelle	50.000	160.000	150.000	50.000	50.000	60.000
Primaire	50.000	160.000	150.000	80.000	80.000	

2- Les chèques déclarés impayés subiront une pénalité de 10% de la valeur mentionnée.

3- Tout frais entamé est dû.

4- Aucun règlement en espèce n'est accepté à l'école sauf chèque émis à l'ordre de "Groupe Fred et Poppée".

5- Les versements sont effectués à la banque ci-dessous (prévoir 100F CFA pour les frais de timbre).

BICICI **Compte N° CI006 01392 0103493 000 56 28**

.....
A remplir et à retourner à l'administration

Je soussigné M. / Mme, responsable de l'élève en classe de, reconnais avoir pris connaissance de l'échéancier de paiement ci-dessus et adhère entièrement à son application.

Abidjan le.....

Signature de la (les) personne (s) responsable (s) de l'élève