



FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION ET DE REINSCRIPTION

ANNEE SCOLAIRE/2025-2026

Important : Merci de remplir un dossier par enfant

Je Soussigné (e) M. Mme

Parent de l'enfant

Déclare avoir lu et approuvé le présent guide d'accueil.

Faire précéder la signature de la mention « Lu et approuvé »

Date et Signature

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom:

Prénom:

Sexe : ☐ F

☐ M

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse domicile :

Coordonnées téléphoniques : Père :

Mère :

Coordonnées WhatsApp : Père

Mère :

École (s) fréquentée (s) précédemment :

Noms et âges des frères et sœurs dans l'école :

MÈRE

Nom :

Prénom :

Situation familiale : ☐ célibataire ☐ mariée ☐ divorcée ☐ séparée ☐ veuve

Adresse domicile :

Téléphone domicile :

Téléphone Bureau :

Portable :

WhatsApp :

Courriel/e-mail :

Profession/ Occupation :

Adresse complète du Bureau

PÈRE

Nom :

Prénom :

Situation familiale : ☐ célibataire ☐ mariée ☐ divorcée ☐ séparée ☐ veuf

Adresse domicile :

Téléphone domicile :

Téléphone Bureau :

Portable :

WhatsApp :

Courriel/e-mail :

Profession/ Occupation :

Adresse complète du Bureau :

TUTEUR - TUTRICE

Nom :

Prénom:

Adresse domicile:

Téléphone domicile :

portable:

Téléphone Bureau :

Courriel/e-mail :

Profession/ Occupation:

Adresse complète du Bureau

SANTÉ ET SÉCURITÉ DE L'ENFANT

Afin de bien suivre votre enfant, signaler toute allergie et/ou autre problème de santé

Fiche Santé

Médecin traitant de l'enfant:

Nom:

Prénom :

Adresse :

Téléphone bureau:

Portable :

Courriel:

Personne à contacter en cas d'urgence :

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur – tutrice ☐ autre

Si autre, veuillez préciser:

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone domicile :

Portable :

Personne (s) autorisée (s) à venir chercher l'enfant autre que les parents :

1. Nom:

Prénom:

Tel:

2. Nom:

Prénom:

Tel:

3. Nom:

Prénom:

Tel:

Je soussigné (e), père, mère ou tuteur-tutrice, demande en cas d'urgence que notre enfant soit transporté (e) par (Préciser) :

A l'hôpital ou à la clinique suivante (Préciser) :

(Date et signature du parent, précédé de son nom)

Joindre à cette fiche individuelle d'inscription les documents suivants :

- ☐ 1 copie du carnet de vaccination à jour
- ☐ La fiche médicale à remplir par le médecin
- ☐ 1 extrait de naissance de l'enfant
- ☐ 1 certificat de radiation (pour les nouvelles inscriptions si nécessaire)
- ☐ 4 photos de l'enfant récentes
- ☐ Une copie du jugement de séparation ou de divorce pour les parents concernés

(DATE ET SIGNATURE DU PARENT, PRECEDE DE SON NOM)

☐ Père

☐ Mère

☐ Tuteur – tutrice



FICHE MEDICALE (à faire remplir par le médecin)

Je soussigné (e) Dr.....

Certifie avoir examiné l'enfant

Né (e) le.....de sexe.....constate :

EXAMEN CLINIQUE:

CARDIO-VASCULAIRE :.....

Neurologie.....

Locomoteur.....

O.R.L.....

Acuité auditive.....

Acuité visuelle.....O.D.....O.G.....

A JOUR DE SES VACCINATIONS

B.C.G ☐ DT POLIO ☐ HEPATITE A ☐ HEPATITE B ☐

FIEVRE JAUNE ☐ MENINGITE ☐ ROTARIX ☐ PREVENAR ☐

ROR ☐ AUTRES (à préciser)

OBSERVATIONS PARTICULIERES :

Maladies infantiles.....

.....

Allergies.....

.....

.....

Autres.....

.....

Je le / la déclare **Apte** / **Inapte** (à entourer)

Dakar, le.....

à reprendre l'école et à pratiquer une activité physique

L'année Scolaire 20____/20____

Signature et Cachet du
Médecin