

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom de l'élève :Prénoms :Classe :

Né(e) : Groupe sanguin :

Clinique :Formation Sanitaire :

Médecin traitant : Tel :

ALLERGIES :

Aspirine.....

Sérum antitétanique.....

Nivaquine

Pénicilline

Iode

Autres.....

MALADIES INFANTILES :

Rougeole

Oreillons

Varicelle

Scarlatine

Photocopie des pages de vaccination du carnet de santé

- **Aucun médicament ne pourra être remis à l'enfant à l'école, sans la photocopie de l'ordonnance précisant la classe de l'enfant. Merci de votre compréhension.**

ANTECEDENTS MEDICAUX	Enfant	Père	Mère
Asthme			
Drépanocytose			
Cardiopathie			
Epilepsie			
Hypertension			
Rhumatisme			
Diabète			
Saignements du nez			
Problèmes de vue			
Problèmes auditifs			
Trouble du comportement			

Votre enfant est-il suivi par un spécialiste ? OUI NON

En cas d'urgence, l'enfant est conduit vers la formation sanitaire désigné par les parents à l'inscription :
(Pécisez le numéro matricule de l'enfant)

L'école n'étant pas habilitée à garder des malades, indiquez où votre enfant devra être reconduit et par qui il sera accueilli.

Personne à prévenir : M.....

Tel / Bureau : Cel : Domicile :

- Reconduire l'enfant à son domicile :

- Conduire l'enfant à l'adresse suivant :

Adresse géographique détaillée :

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

NB : L'école assure tous les élèves auprès du Groupe ASCOMA.

Fait à Abidjan, le

Signature du père (1)

Signature de la mère (1)

Signature du tuteur (1)

(1) Faire précéder les signatures du père et de la mère de la mention (Lu et approuvé)



RENSEIGNEMENTS INSCRIPTION 2025-2026

EN CLASSE DE :

ANNEE SCOLAIRE :

Matricule

Nom de l'élève : Prénoms :

Né (e) le : À Nationalité :

Dernier établissement fréquenté :

	PERE	MERE	TUTEUR
Nom			
Prénoms			
Profession			
Employeur			
Adresse postale			
Tél. Bureau			
Tél. Domicile			
Cel			
Email activé			

Couple séparé OUI

NON

Garde assurée par PÈRE

MÈRE

AUTRE

Prière de joindre le dossier scolaire

Adresse géographique :

Commune : Quartier : Rue :

Personne à prévenir en cas d'accident :

Nom : Prénoms :

Tel : Fax : Domicile :

Je note bien que la scolarité annuelle est due intégralement quel que soit le mode de règlement, la durée pendant laquelle les cours sont suivis ou éventuellement le mode d'interruption des cours.

J'ai pris connaissance que le non respect de l'échéancier entraîne, la non admission de l'élève en classe au-delà du 10^{ème} jour après la date buttoir de la dite échéance.

Fait à Abidjan, le :

Signature des Parents



RENSEIGNEMENTS RÉINSCRIPTION 2024-2025

EN CLASSE DE :

ANNEE SCOLAIRE :

Matricule

Nom de l'élève : Prénoms :

Né (e) le : A. Nationalité :

Dernier établissement fréquenté :

	PERE	MERE	TUTEUR
Nom			
Prénoms			
Profession			
Employeur			
Adresse postale			
Tél. Bureau			
Tél. Domicile			
Cel			
Email activé			

Couple séparé OUI

NON

Garde assurée par PÈRE

MÈRE

AUTRE

Prière de joindre le dossier scolaire

Adresse géographique :

Commune : Quartier : Rue :

Personne à prévenir en cas d'accident :

Nom : Prénoms :

Tel : Fax : Domicile :

Je note bien que la scolarité annuelle est due intégralement quel que soit le mode de règlement, la durée pendant laquelle les cours sont suivis ou éventuellement le mode d'interruption des cours.

J'ai pris connaissance que le non respect de l'échéancier entraîne, la non admission de l'élève en classe au-delà du 10^{ème} jour après la date buttoir de la dite échéance.

Fait à Abidjan, le :

Signature des Parents

