



DEMANDE D'ADMISSION

Année Scolaire 20 /20

Inscription pour la classe de: _____

1- Complétez les informations de ce formulaire et remettez-le au secrétariat de l'établissement.

2- Soumettez tous les documents requis avec la demande d'application dûment remplie. Une liste est disponible dans le dossier d'inscription.

INFORMATIONS SUR L'ÉLÈVE

Renseignements conformes au registre d'état civil

الشهرة	الإسم	Téléphone domicile	
Nom de l'élève	Prénom(s)	Nationalité(s)	
Adresse: Immeuble	Rue	Ville	Boîte postale
Date de naissance (J/M/A)	Lieu de naissance	Garçon <input type="checkbox"/>	Fille <input type="checkbox"/>
Religion	Communauté	1ère langue parlée à la maison	
Etablissement(s) fréquenté(s) les trois dernières années. _____			

L'élève est-il officiellement dispensé de la présentation des examens officiels libanais (Brevet - Bac). Oui Non

INFORMATIONS SUR LES PARENTS	PERE	MERE
Nom et Prénom(s)		
Nationalité(s)		
Religion et Communauté		
Promotion Antonine, établissement, ou classe et année de départ, No. carte des anciens (Alumni)		
Diplôme(s)		
Adresse personnelle détaillée Immeuble, rue, ville, B.P.		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Courriel (E-mail)		
Profession		
Adresse professionnelle détaillée Immeuble, rue, ville, B.P.		
Téléphone professionnel		
Adresse pendant l'été		

INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES SUR LA FAMILLE

Père décédé Mère décédée Parents divorcés Parents séparés Père ou Mère remarié(e)

L'élève vit avec: Ses deux parents Son père Sa mère Autre (préciser) _____

Y aurait-il des circonstances spécifiques (académiques, sociales ou familiales) dont la direction devrait être avisée?
Si oui, prière de les expliquer.

FRERES ET SOEURS

Nom et Prénoms	Etablissement fréquenté (Ecole - Université) ou Profession	Année de naissance

CONTACTS D'URGENCE

Nom et Prénoms	Lien de parenté avec l'élève	Numéro de téléphone

TRANSPORT

Privé Scolaire Piéton

INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRE SUR LE CANDIDAT

ACTIVITES: Citez vos activités parascolaires, communautaires et loisirs: scouts, bénévoles, musique, engagement paroissial, etc.

ESSAI: Chaque candidat de la 3ème à la terminale doit écrire un essai sur le sujet suivant: Pourquoi ai-je choisi une Ecole Antonine?
Joignez l'essai à cette demande.

Nous certifions par la présente que les informations fournies sont correctes.
Nous nous engageons à signaler à l'établissement toute modification ultérieure.

Date: _____
 Jour Mois Année

Signature du parent/tuteur



Ces informations doivent être mises à jour chaque année pour un meilleur suivi de votre enfant.
Veillez aviser l'école de tout changement d'information.

Nom de l'élève _____ Prénom(s) _____ Date de naissance (J/M/A) _____ Garçon Fille

Adresse: Immeuble _____ Rue _____ Ville _____ Tél. domicile _____

Prénom(s) du Père _____ Téléphone portable du Père _____ Téléphone professionnel _____

Prénom(s) de la Mère _____ Téléphone portable de la Mère _____ Téléphone professionnel _____

Personne à contacter en cas d'urgence _____ Lien de parenté _____ Téléphone portable _____

POLITIQUE DE SANTE

Dans le souci de promouvoir la santé et le bien-être des enfants, et vu que la sécurité des élèves est prioritaire pour nous, le département de santé a instauré une politique particulière nécessitant l'adhérence et la participation des parents:

- Tout enfant malade ne doit pas fréquenter l'école avant son rétablissement.
- Pour une absence de plus de 3 jours, un rapport médical est requis.
- Pour une absence de moins de 3 jours, une justification écrite et signée par les parents est requise.
- Concernant la politique d'administration des médicaments à l'école:

Elle doit être limitée aux cas d'extrême nécessité: asthme, diabète, déficit de l'attention, ...

Si besoin en est, le médicament doit être envoyé avec les instructions explicites quant à la dose, le temps de prise, le motif et de préférence avec la prescription médicale.

AUTORISATION MEDICALE

L'école a la responsabilité particulière, en liaison étroite avec la famille, de veiller à la santé des jeunes qui lui sont confiés et de favoriser le développement harmonieux de leur personnalité. Mais une autorisation écrite des parents est exigée afin de pouvoir donner les soins aux enfants en cas d'urgence.

A qui de droit

Je soussigné(e), _____ père/mère/tuteur de l'élève _____

en classe de _____

confirme que le service médical de l'école a mon autorisation pour prodiguer les soins nécessaires à mon enfant.

Au cas où mon enfant a besoin d'être transféré(e) à l'hôpital suite à un incident advenu à l'école et que la direction se trouve dans l'incapacité de me joindre afin d'obtenir mon autorisation, j'accorde au chef de l'établissement la permission de prendre les mesures nécessaires.

Date: _____
 Jour Mois Année

Signature du parent/tuteur

Nom de l'élève

Prénom(s)

Classe

A COMPLETER PAR LE MEDECIN DE L'ELEVE

Prrière de cocher la case convenable pour signaler les problèmes de santé dont l'enfant souffre actuellement ou dont il avait souffert auparavant. Lorsque la réponse est «OUI», prière de fournir des précisions dans l'espace prévu à cet effet.

Problème	Oui	Non	Problème	Oui	Non
Allergie (médicamenteuse / alimentaire...)			Hyperactivité / Déficit de l'attention		
Asthme			Maladies Cardiaques		
Diabète			Maladies infectieuses		
Difficultés d'apprentissage			Opérations		
Epilepsie			Problème d'élocution		
Handicap physique			Problèmes de vue		
Hospitalisations			Problèmes d'ouïe		

Prrière de fournir des détails concernant les problèmes que vous avez signalés et dont vous souhaiteriez aviser l'école.

Prrière de cocher ci-dessous la case convenable et de fournir des précisions au besoin.

Oui Non L'enfant est sous traitement continu. Si oui, préciser: _____

Oui Non L'enfant est capable de participer à tout type d'éducation physique et sportive.

Si non, préciser pourquoi? _____

Oui Non Ses vaccinations sont-elles à jour? Si non, indiquer la raison: _____

Veillez compléter le tableau de vaccination

VACCINATION	DATE DES INJECTIONS ADMINISTREES (J/M/A)			
	1ère injection	2ème injection	3ème injection	Dernier Rappel
DTP/Polio				
ROR				
Hépatite B				
Hépatite A				
Varicelle				
Méningocoque				
Pneumocoque				
Typhoïde				
Td / Polio				
HPV				
Autres				

Nom et prénoms du médecin de l'enfant

Signature du médecin / Cachet :

Date: _____

Coordonnées du médecin de l'enfant

_____ Jour _____ Mois _____ Année _____