



DOSSIER D'INSCRIPTION

Année scolaire 2021/2022

Vous souhaitez procéder à une inscription scolaire ou effectuer une demande de changement d'école, nous vous remercions de bien vouloir compléter ce dossier

***Merci pour votre intérêt à inscrire votre enfant
à l'Ecole Française Internationale de Wrocław***

Si vous avez besoin d'aide, veuillez contacter l'administration de l'EFIW

Tél. : +48 725 570 770

é-mail : contacts@efiw.eu

L'école vous contactera pour vous répondre ou informer de la décision prise.

Les informations que vous fournissez seront utilisées pour l'inscription de l'élève et pour préparer le dossier administratif et ne seront à aucun cas transmises à des tiers.

La campagne d'inscription se déroule toute l'année scolaire

Nom

Prénom(s)

Né(e) le

à

Département

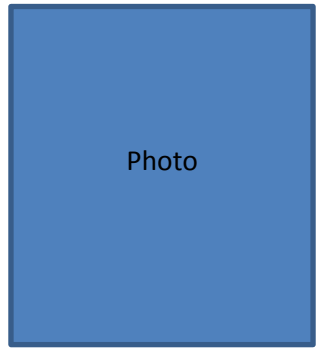
Pays

Classe

**Ce formulaire d'inscription est à compléter en français
Les dossiers déposés ou envoyés doivent être complets
Tout dossier incomplet sera refusé**



FICHE INDIVIDUELLE page 2



Nom de famille

(comme indiqué dans le passeport ou livret de famille), en lettres CAPITALES

Prénom(s)

(comme indiqué(s) dans le passeport ou livret de famille), en lettres CAPITALES

Date de naissance (jj/mm/aaaa)

N° de passeport

Nationalité

Pays de naissance

Sexe

F

M

Durée prévue du séjour à Wrocław

Date souhaitée d'entrée à l'école (jj/mm/aaaa) /

Première scolarisation (oui/non)

Classe

Scolarité des années précédentes

Nom de l'école

Numéro de téléphone de l'école

Pays de scolarisation

Classe suivie

Langue d'enseignement

Raison de départ

Langue maternelle

L'enfant a-t-il déjà étudié le français? (oui/non)

L'enfant a-t-il déjà étudié l'anglais (oui/non)

Domicile

Numéro/appt

Rue

Ville/Commune

Code postal

Téléphone portable

Adresse mail



RESPONSABLES ENFANT page 3

PARENT OU REPRÉSENTANT LÉGAL N°1

Lien avec l'enfant

mère

Nom de famille

Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Pays de naissance

père

Prénom(s)

N° de passeport

Profession

tuteur légal

Sexe

M

F

Nationalité

Employeur

Situation familiale

Célibataire

Marié(e)

Pacsé(e)

Union libre

Divorcé(e)

Séparé(e)

Veuf(ve)

Vit avec l'élève

Téléphone portable

Adresse mail

oui

non

Garde de l'enfant

Conjointe

Alternée

J'accepte de recevoir des informations relatives à la gestion des affaires scolaires et périscolaires par mail

oui

non

PARENT OU REPRÉSENTANT LÉGAL N°2

Lien avec l'enfant

mère/

Nom de famille

Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Pays de naissance

père

Prénom(s)

N° de passeport

Profession

tuteur légal

Sexe

M

F

Nationalité

Employeur

Situation familiale

Célibataire

Marié(e)

Pacsé(e)

Union libre

Divorcé(e)

Séparé(e)

Veuf(ve)

Vit avec l'élève

Téléphone portable

Adresse mail

oui

non

Garde de l'enfant

Conjointe

Alternée

J'accepte de recevoir des informations relatives à la gestion des affaires scolaires et périscolaires par mail

oui

non

Vaccinations

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DERNIERS RAPPELS
Diptérie Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haemophilus influenzae b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méningocoque C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTREINDICATION Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?

MALADIES	OUI	NON	MALADIES	OUI	NON
RUBÉOLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COQUELUCHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANGINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VARICELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RHUMATISME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SCARLATINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ROUGEOLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ARTICULAIRE AIGÛ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OREILLONS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVATIONS MÉDICALES:

Merci de nous communiquer toutes les remarques particulières et la conduite à tenir concernant l'enfant : port de lunettes, prothèses, antécédents médicaux, opération, rééducation, comportements particuliers

.....

.....

.....

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, à préciser avec un certificat médical sous pli cacheté.

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif)

Allergies, Joindre le Protocole d'Accueil Individualisé - PAI ou un certificat médical

Médicamenteuses Alimentaires

LE PAI est à fournir **AVANT LA RENTRÉE** scolaire.

Les trousse d'urgence sont à fournir **DÈS LA RENTRÉE** si nécessaire.

OUI NON

ACTIVITÉS SCOLAIRES

J'autorise mon enfant à participer aux activités et utiliser les transports organisés par l'école, y compris les activités se déroulant hors de l'enceinte scolaire (natation, visite au musée, etc.)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

ACTIVITÉS SPORTIVES

J'autorise mon enfant à participer aux activités sportives et déclare qu'à ma connaissance son état de santé lui permet de pratiquer des sports

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

DIFFUSION DES COORDONNÉES PERSONNELLES

J'autorise l'administration de l'école à communiquer mes coordonnées (adresse, emails, téléphones) aux familles de l'établissement qui en feront la demande (organisation d'anniversaire, etc.) :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

DROIT À L'IMAGE

Lors des différentes activités et sorties organisées par l'école, des photos ou des vidéos pourront être réalisées ; dans le cas où mon enfant figurerait sur certains de ces supports J'autorise leur publication en interne

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

J'autorise leur publication à l'extérieur (site internet, lettre de nouvelles adressée aux parents de l'école, etc...)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

LETTRES D'INFORMATIONS

J'autorise l'école à m'envoyer à mon adresse-mail les lettres d'informations de l'EFIW. Conformément à la législation en vigueur, les informations recueillies dans ce cadre ne seront pas partagées et vous pourrez vous désabonner à tout moment.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

MAQUILLAGE

J'autorise l'école à maquiller mon enfant lors des activités d'expression ou ateliers de maquillage

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

ASSURANCE

J'autorise l'école à assurer mon enfant de «responsabilité civile et individuelle accident»

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT

Nom de famille

Prénom(s)

Lien avec l'enfant

Adresse

Téléphone

Adresse mail

RESTAURATION SCOLAIRE

Je choisis le régime alimentaire de l'enfant

menu ordinaire

menu sans viande

menu sans gluten

menu végétarien

Nom et Prénom du représentant
légal qui autorise

Signature