



FICHE D'INSCRIPTION ET DE
RÉINSCRIPTION ANNÉE SCOLAIRE
2026-2027

Classe :

Matricule :

Photo

ELÈVE :

Nom :

Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Position dans la fratrie : Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐

Nationalité : Religion :

Quartier habité :

Nom de l'établissement fréquenté en 2024-2025 :

Classe :

L'élève est-il admis en classe supérieure ? ☐

Inscrit(e) à la cantine : OUI ☐ NON ☐ Inscrit(e) au transport : OUI ☐ NON ☐

PÈRE :

Nom : Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Nationalité : Religion :

Profession : Téléphone :

WhatsApp : Email :

Employeur :

Domicile/Pays : Ville : Quartier : Appt :



L'EPANOUISSEMENT DE L'ENFANT AU CŒUR DE SON APPRENTISSAGE

MÈRE

Nom : Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Nationalité : Religion :

Profession : Téléphone :

WhatsApp : Email :

Employeur :

Domicile/Pays : Ville : Quartier : Appt :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : Prénoms :

Téléphone : WhatsApp :

Email :

Lien avec l'élève :

INFORMATIONS RELATIVES À L'ENFANT

Pour une meilleure prise en charge de votre enfant, nous vous prions de renseigner cette fiche.

Santé

Clair De Lune dispose d'une infirmerie pour les premiers soins.

En cas d'accident ou de malaise nécessitant une prise en charge externe, l'enfant pourra être évacué vers un centre de santé adapté. Les parents seront immédiatement informés.

En cas d'avis contraire indiquez le lieu d'évacuation de votre choix :

L'enfant a-t-il un médecin traitant ? OUI ☐ NON ☐

L'enfant suit-il un traitement particulier ? OUI ☐ NON ☐

L'enfant fait-il des allergies alimentaires ou médicamenteuses ? OUI ☐

Lesquelles ?..... NON ☐

L'enfant a-t-il des troubles de langage ? OUI ☐ Lesquels ?.....

NON ☐

Rapport socio-affectif :

L'enfant vit-il avec ses parents ? OUI ☐ NON ☐ Avec qui vit-il ?.....

Les parents sont-ils séparés ? OUI ☐ NON ☐

L'enfant a été élevé par ses parents ? Le père ☐ la mère ☐ les deux ☐

Comportement de l'enfant

L'enfant s'exprime-t-il correctement par rapport à son âge ? OUI ☐ NON ☐

L'enfant parle-t-il sa langue maternelle ? OUI ☐ NON ☐

L'enfant parle-t-il le français ? OUI ☐ NON ☐

L'enfant joue-t-il ? OUI ☐ Avec qui joue-t-il ?

NON ☐ Pourquoi ?.....

L'enfant a-t-il un jeu préféré ? OUI ☐ Lequel ?..... NON ☐

L'enfant a-t-il un jouet préféré ? OUI ☐ Lequel ?.....NON ☐

L'enfant invente-t-il des jeux ? OUI ☐ Lesquels ?..... NON ☐

L'autonomie de l'enfant :

Mange-t-il seul ? OUI ☐ NON ☐ Se lave-t-il seul ? OUI ☐ NON ☐

S'habille-t-il seul ? OUI ☐ NON ☐ Va-t-il seul aux toilettes ? OUI ☐ NON ☐

Se réveille-t-il de lui-même ? OUI ☐ NON ☐ Fait-il pipi au lit ? OUI ☐ NON ☐

Désirez-vous que votre enfant rentre seul à la maison ? OUI ☐ NON ☐

Si non, désignez la personne qui doit l'accompagner :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

.....

Lien avec l'enfant :

Contact :