**Etablissement privé d’enseignement maternel, primaire et secondaire**

**Situé au quartier Sabangali derrière le Lycée Technique Commercial**

**B.P 202 N’Djaména**

**Email :** **academieroyale.ar@gmail.com**

**contact@academie-royale.com**

**Web :** [**www.academie-royale.com**](http://www.academie-royale.com)

**Portable : 65 00 57 22/ 65 00 57 23/ 65 00 57 24**

**CAMPAGNE D’INSCRIPTION RENTREE SCOLAIRE 2019/2020**

**Procédure :**

1. Récupérer un Dossier d’Inscription au Secrétariat de la Direction Générale ou sur le site internet [www.academie-royale.com](http://www.academie-royale.com)
2. Compléter le dossier d’inscription en remplissant toutes les rubriques et les fiches de renseignement.
3. Signer tous les documents par les responsables légaux
4. Joindre les copies de la carte nationale d’identité, du passeport, de l’acte de naissance et /ou de la carte consulaire.
5. Joindre tous les éléments pédagogiques permettant d’étudier le dossier d’inscription et le cursus de l’élève (bilan scolaire, bulletins, fiche d’orientation, et le changement d’établissement Etc.)
6. Déposer le dossier complet au secrétariat de la Direction Générale ou l’envoyer par messagerie à académieroyale.ar@gmail.com

**Pièces à contrôler par la direction au retour du dossier.**

* Fiche de renseignement du dossier d’inscription 2019/2020,

remplie, datée et signée

* Règlement financier, daté et signé
* Fiche médicale + copie du carnet de vaccination (sous pli)
* Copie passeport, acte de naissance et/ou carte consulaire
* Dossier scolaire comprenant la fiche d’orientation, et le changement

d’établissement

* Deux photos.

**DOSSIER D’INSCRIPTION 2019-2020**

**Classe (2019-2020) :**

1. **IDENTITE DE L’ELEVE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | *photo* |
|  |  |
| **Date de naissance** | **Sexe**  | **Lieu et Pays de naissance** | **Nationalité** |
|  |  |  |  |
| **Adresse de l’élève** | **Téléphone** |
|  |  |
| **Etablissement fréquenté (2018-2019)**  | **Classe fréquentée en 2018-2019** |
|  |  |

1. **IDENTITE DES RESPONSABLES LEGAUX**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Responsable légal** | **Responsable1** | **Responsable2** |
| **Nom et prénom**  |  |  |
| **Profession**  |  |  |
| **Lieu de travail** |  |  |
| **Lieu de résidence (ville)** |  |  |
| **Quartier** |  |  |
| **Téléphone** |  |  |
| **Courriel** |  |  |
| **Lien de parenté**  |  |  |

|  |
| --- |
| **Personne à contacter en cas d’urgence** |
|  | **Correspondant 1** | **Correspondant 2** |
| **Nom et prénom** |  |  |
| **Adresse** |  |  |
| **Téléphone** |  |  |
| **Courriel** |  |  |
| **Lien de parenté** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  **FAMILLE (Autres enfants au sein de l’établissement)** | **Nombre d’enfants :** |
| **Nom et prénom** | **Sexe**  | **classe** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |

**Fait à ……………………………………… le …………………………………..**

|  |
| --- |
| **Nom et signature du responsable légal** |
|  |

 **Académie Royale**

**Infirmerie scolaire**

|  |
| --- |
| **FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE CONFIDENTIELLE** |

Pour mieux répondre aux besoins de santé de votre enfant, nous vous prions de remplir cette fiche avec précision et de la retourner au secrétariat sous pli fermé. **(Le secret médical est garanti**)

|  |
| --- |
| **IDENTITE DE L’ELEVE** |

NOM PRENOM CLASSE

Né(e) le à Nationalité

Adresse

Sexe : garçon fille

Nom du père

Nom de la mère

|  |
| --- |
| VACCINATIONS |

Joindre à cette fiche une photocopie de tous les carnets de vaccinations

(Obligatoire)

|  |
| --- |
| ANTECEDENTS MEDICAUX |

Y a-t-il des problèmes médicaux dans la famille (parents, frères, sœurs) ?

 Diabète Hypertension Problèmes pulmonaires Problèmes cardiaques

Drépanocytose

Autres, précisez

Votre enfant a-t-il eu des difficultés dans la première enfance ?

 Non

 Oui – lesquelles et en quelle année ?

Votre enfant a-t-il subi une ou des interventions chirurgicales ?

 Non

 Oui- laquelle/lesquelles et en quelle année ?

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Maladies  | Année | Maladies | Année | Maladies  | Année |
|  Varicelle  Rougeole Rubéole Méningite Coqueluche Oreillon | …………..…………..…………..………………………..………….. |  Hépatite (A-B-autre) Diabète  Asthme Crise de tétanie RAA Poliomyélite Drépanocytose | …………….…………….…………….……………………………………………………. |  Perte de connaissance Convulsion Epilepsie Saignement Verrues  Autres  | ……………….……………..……………………………………………..…………….. |

Votre enfant a-t-il actuellement un de ces problèmes ?

 Bégaiement, dyslexie (précisez)

 Suivi orthophonique Déficience auditive

 Défaut de vision, lequel : il porte des lunettes

Problème de dos, lequel handicap, lequel

 Suivi orthopédique

 Difficultés psychologiques, lesquelles ?

 Suivi psychologique

 Autres problèmes, précisez

 Votre enfant est : droitier Gaucher

**Votre enfant est-il allergique à**

Certains médicaments, lesquels,

Certains aliments, lesquels

Autres (insectes, poussière………), Précisez :

|  |
| --- |
| **DISPENSE DE SPORT** |

Votre enfant est-il dispensé de sport ?

 Non

 Oui, à titre temporaire (précisez les dates)

Pour quelle(s) raison(s) ?

(Joignez le certificat médical de dispense de sport)

|  |
| --- |
| **TRAITEMENT ACTUEL SUIVI PAR L’ELEVE** |

Votre enfant prend-il un autre traitement permanemment ?

 Non Oui, précisez, lequel ?

Contre quelle maladie ?

 Depuis quand ?

 La date prévue pour l’arrêt du traitement ?

S’agit-il d’un traitement de médecine traditionnelle ? Non OUI

|  |
| --- |
| **GROUPE SANGUIN** |

 (Avec photocopie de la détermination)

|  |
| --- |
| **PROBLEMES OU EVENEMENTS PARTICULIERS** |

Votre enfant a-t-il été confronté récemment à un événement ou à un problème particulier naissance , décès d’un proche , divorce , rapatriement , problème de santé ou

Autres (précisez)………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **INFORMATION MEDICALE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du Médecin traitant :**  | **Tel :** |

**Evacuation sanitaire**

**En cas de maladie grave à l’intérieur de l’établissement, votre enfant sera transporté à :**

**(Cochez la case correspondante)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Europe assistance** |  |
| **Sos International** |  |
| **Hôpital de la Renaissance** |  |
| **Hôpital de la mère et de l’enfant** |  |
| **Autre :** |  |
| **Hôpital Général de Référence Nationale (si vous n’avez aucun abonnement spécifique)** |  |

**Autorisation de soins à l’infirmerie**

Un élève indisposé ou légèrement blessé est pris en charge par l’infirmerie scolaire qui pourra être amenée à lui donner un médicament ou à lui faire un soin.

Je soussigné ……………………………………………………………………………………………… responsable légal de l’élève …………………………………………………………………………………………autorise l’établissement à lui fournir les premiers soins en cas d’indisposition ou de blessure au sein de l’établissement.

 **J’atteste sur l’honneur que les informations ci-dessus sont exactes, et je m’engage à informer la direction pour toutes modifications.**

**Fait à le**

|  |
| --- |
| **Nom et signature du responsable légal** |
|  |