



Fiche provisoire d'inscription

E.F.A. Riva Bella BRAINE-L'ALLEUD

WALLONIE-BRUXELLES
ENSEIGNEMENT

Avenue A. Allard, 105

1420 BRAINE-L'ALLEUD

ÉLÈVE

Nom : Prénom :

Autres prénoms :

Adresse : n° Boite :

CP : Commune : Localité :

Sexe : M / F N° Registre National :

Né(e) le ... / ... / à (pays :)

Nationalité : Langue maternelle :

Inscrit(e) le ... / ... / En M1 M2 M3 P1 P2 P3 P4 P5 P6

Entrée le ... / ... /

Dans l'implantation des Oisillons (immersion anglais à partir de la 3^e maternelle) – des Genévriers*

Choix philosophique : Seconde langue :

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Religion catholique | <input type="radio"/> Religion islamique | <input type="radio"/> Néerlandais |
| <input type="radio"/> Morale | <input type="radio"/> Religion protestante | <input type="radio"/> Anglais |
| <input type="radio"/> Dispense | <input type="radio"/> Autre : | <input type="radio"/> Allemand |

Première inscription* / Provenance d'une autre école* :

.....

Situation familiale :	<input type="radio"/> Home	Contacts téléphoniques (autres que responsables) :
<input type="radio"/> Normale	<input type="radio"/> Sans résidence fixe	Tél 1 : (chez)
<input type="radio"/> Famille d'accueil	<input type="radio"/> En séjour illégal	Tél 2 : (chez)
<input type="radio"/> Internat	<input type="radio"/> Réfugié	Tél 3 : (chez)
<input type="radio"/> Primo-arrivant	<input type="radio"/> Autre :	

Date d'entrée sur le territoire :	Nationalité à l'entrée sur le territoire :	Date de 1^{ère} inscription en CF :
... / ... / / ... /

Médecin : Tél :

Remarques d'ordre médical :

* Biffer la (les) mention(s) inutile(s)

Signature des responsables légaux :



Fiche provisoire d'inscription

E.F.A. Riva Bella BRAINE-L'ALLEUD

WALLONIE-BRUXELLES
ENSEIGNEMENT

Avenue A. Allard, 105 1420 BRAINE-L'ALLEUD

RESPONSABLE 1

Nom : Prénom :

Adresse : n° Boite :

CP : Commune : Localité :

Père Mère Tuteur Autre :

Sexe : M / F N° Registre National : Nationalité :

Né(e) le ... / ... / à (pays :)

Célibataire Marié(e) Cohabitant(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf (Veuve)

Tél 1 : Tél 2 : Tél 3 :

Courriel :

Niveau de diplôme : aucun – primaire- secondaire inf. – secondaire sup. – postsecondaire – supérieur type court- supérieur type long.

RESPONSABLE 2

Nom : Prénom :

Adresse : n° Boite :

CP : Commune : Localité :

Père Mère Tuteur Autre :

Sexe : M / F N° Registre National : Nationalité :

Né(e) le ... / ... / à (pays :)

Célibataire Marié(e) Cohabitant(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf (Veuve)

Tél 1 : Tél 2 : Tél 3 :

Courriel :

Niveau de diplôme : aucun – primaire- secondaire inf. – secondaire sup. – postsecondaire – supérieur type court- supérieur type long.

Remarques