

Enfant

Nom : Prénom :
Date de naissance : lieu de naissance : Pays : Nationalité :
Parcours scolaire (classe et établissement scolaire par année) :
.....
Pour les collégiens : LV2 Options :
Médecin traitant : Commune du médecin :

Parents

	<u>Père</u>	<u>Mère</u>
Nom :
Nom de jeune fille :
Prénom :
☎ portable :
☎ bureau :
@ personnel :
@ bureau :
Profession :
Société, ville :
Adresse domicile :
Code postal-Ville :
☎ fixe :
Situation familiale :
Nombre d'enfants à charge :		Rang de naissance de l'enfant que vous inscrivez :
Enfant(s) déjà inscrit(s) au collège St Charles :		Enfant(s) déjà inscrit(s) en Primaire à St Charles :