

# ECOLE FRANÇAISE DE NATAL

RUA PASTOR GABINO BRELAZ, 1470- CAPIM MACIO, CEP: 590082-010

CNPJ – 03.843.121/0001-93

FONE: 3217-4558

e-mail: secretaria@escolafrancesadenatal.com.br

Photo ¾

## DEMANDE D'INSCRIPTION

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L' ELEVE

NOM:.....SEXE: MASC.( ) FEM( )  
DATE DE NAISSANCE:...../...../..... NATIONALITE:..... LIEU:.....  
N° ACTE DE NAISSANCE:..... LIVRE:..... FEUILLE(S):.....  
DATE:..... CARTÓRIO :..... VILLE..... UF.....  
IDENTITE (RG ou RNE) N°..... ETABLI LE:..... ETABLI PAR :.....  
N° IMMATRICULATION CONSULAIRE ..... VALABLE JUSQU'AU.....  
ADRESSE: .....  
.....  
COMPLEMENT:.....  
TEL. : PERE: RES. ( )..... PROF..( )..... CEL.( ).....  
MERE: RES. ( )..... PROF..( )..... CEL.( ).....  
AUTRE CONTACT /E-MAIL,.....  
J' AUTORISE LA DIVULGASION DE MON ADRESSE ET TELEPHONE AU CONSEIL D'ECOLE  
( ) OUI ( ) NON

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

#### FILIATION:

PERE:..... NATIONALITE:..... RNE :.....  
MERE :..... NATIONALITE:..... RNE :.....  
FRERES ET SŒURS: PRENOMS..... AGES.....  
.....  
RESPONSABLE FINANCIER:.....  
PROFESSION:..... LIEU DE TRAVAIL:.....  
RG ou RNE:..... CPF:.....  
ADRESSE:.....  
.....

### RENSEIGNEMENTS EN CAS D'URGENCE ET MEDICAUX

EN CAS D'URGENCE, PREVENIR: .....  
TEL: .....  
GROUPE SANGUIN\*:..... PLAN DE SANTE\*:..... HOPITAL\*:.....  
N° DE TEL MEDECIN TRAITANT\*:..... TEL:.....  
ALLERGIES EVENTUELLES (ALIMENTS, MEDICAMENTS, ANIMAUX)\*.....  
.....  
MALADIES GRAVES ET ANTECEDENTS FAMILIAUX\*:.....  
.....  
VACCINATIONS (EN CAS DE PREMIERE INSCRIPTION, PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATIONS) \*:.....  
.....

**\* CES INFORMATIONS NE SONT PAS OBLIGATOIRES MAIS, EN CAS D'OMISSION, L'ECOLE NE SE RESPONSABILISERA PAS EN CAS DE PROBLEME CAUSE PAR UNE MALADIE OU UNE ALLERGIE NON MENTIONNEE.**

### SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'ÉLÈVE

ANCIEN ( ) NOUVEAU. ( ) EX-ELEVE ( )  
OBS:.....  
.....

### PERSONNES AUTORISEES PAR LES PARENTS A CHERCHER L'ENFANT A L'ECOLE :

NOM:.....  
RG /RNE..... DEGRE DE PARENTE: .....  
NOM:.....  
RG/RNE..... DEGRE DE PARENTE: .....

J' ACCEPTE DANS SON INTÉGRALITÉ LE RÉGLEMENT SCOLAIRE DE L'ÉCOLE ET LES RECOMMANDATIONS DE LA DIRECTION DE L'ÉCOLE ;JE M'ENGAGE À SIGNER LE CONTRAT DE PRESTATION DE SERVICES ENTRE L'ÉCOLE ET LA FAMILLE.

FAIT LE, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ À , NATAL/ RN - BRÉSIL

SIGNATURE : PERE( ) MERE ( ) RESP.( )