

17. Autorisez-vous la Direction à publier sur le site du Collège des photos des activités de l'école dans lesquelles figure votre enfant ? Oui Non

18. Autorisez-vous la Direction à publier dans les livrets du Collège des photos des activités de l'école dans lesquelles figure votre enfant ? Oui Non

19.- Spécimens de signature :

19.1. Père : _____

19.2. Mère : _____

19.3. Personne responsable : _____

20. Nom, Prénom et Signature de la personne qui a rempli le dossier

Port-au-Prince, le _____

Nous vous remercions d'avoir choisi le Collège Catts Pressoir.

Nous ferons de notre mieux pour vous satisfaire.

Je/Nous certifie/certifions que toutes les informations fournies sont vraies et, je/nous autorise/autorisons la Direction a les verifier. a n'importe quel moment.

Je/Nous reconnais/reconnaissons que toute fausse information pourra entrainer le renvoi de mon enfant de l'ecole.

1. Nom _____ Prénom (s) _____

2. Code _____ 3. Classe _____

4.1 Date de Naissance : _____ 4.2. Lieu _____

5. Sexe : M F 6. Religion _____

7. Adresse : Rue : _____ No _____

Ville _____ Zone _____

8. Date d'entrée Collège _____ en classe de _____

9. Nom et Prénom du Père _____

9.1 Profession _____ 9.2. Occupation _____

9.3. Entreprise / Organisation _____

9.4. Cell 1 _____ Cell 2 _____

9.5. Bureau _____ 9.6. Résidence _____

9.7. Courrier électronique _____ @ _____

9.8. Adresse : Rue _____ No _____

Ville _____ Zone _____

Pays _____ Code Postal _____

9.9. En cas d'urgence, le moyen de contact le plus rapide _____

10. Nom et Prénom de la mère _____

10.1 Profession _____ 10.2. Occupation _____

10.3. Entreprise / Organisation _____

10.4. Cell 1 _____ Cell 2 _____

10.5. Bureau _____ 10.6. Résidence _____

10.7. Courrier électronique _____ @ _____

10.8. Adresse : Rue _____ No _____

Ville _____ Zone _____

Pays _____ Code Postal _____

10.9. En cas d'urgence, le moyen de contact le plus rapide _____

C.- Personne responsable (si différent des parents)

11. Nom et Prénom _____

11.1 Profession _____ 11.2. Occupation _____

11.3. Entreprise / Organisation _____

11.4. Cell 1 _____ Cell 2 _____

11.5. Bureau _____ 11.6. Résidence _____

11.7. Courrier électronique _____ @ _____

11.8. Adresse : Rue _____ No _____

Ville _____ Zone _____

Pays _____ Code Postal _____

11.9. En cas d'urgence, le moyen de contact le plus rapide _____

12. Médecin (s) à contacter en cas d'urgence

1) Nom et Prénom _____

Cell _____ Clinique _____

2) Nom et Prénom _____

Cell _____ Clinique _____

13. Visite chez un psychologue: Oui Non - 13.1 Visites continues: Oui Non

13.2 Si oui, dates des première et dernière visites _____

13.3 Objet de la visite _____

14. Vaccins à jour : Oui Non

15. Usage de médicaments(s) pour une longue période : Oui Non

Si oui, indiquez-les dans le tableau suivant (ajouter des rangées si nécessaire)

Médicaments	Raisons

16. Autorisez-vous l'école à donner de l'aspirine (ou équivalent) à votre enfant, si nécessaire : Oui Non