

ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Sexe : G F

Adresse :

.....

RESPONSABLES LEGAUX

Père :

Nom : Prénom :

Profession : Lieu de travail :

N° CIN : Nationalité :

Autre justificatif d'identité : Type : N° :

Téléphone : WhatsApp :

Facebook : E.mail :

Adresse :

.....

Date d'entrée au Maroc (pour les non marocains) :

مركز إدماج

عين تور- الحمري - الركادة

الجماعة القروية فزوان التابعة لقيادة أغبال

Mère :

Nom : Prénom :

Profession : Lieu de travail :

N° CIN : Nationalité :

Autre justificatif d'identité : Type : N° :

Téléphone : WhatsApp :

Facebook : E.mail :

Adresse :

.....

Date d'entrée au Maroc (pour les non marocains) :

Autre (préciser) :

Nom : Prénom :

Profession : Lieu de travail :

N° CIN : Nationalité :

Autre justificatif d'identité : Type : N° :

Téléphone : WhatsApp :

Facebook : E.mail :

Adresse :

.....

Date d'entrée au Maroc (pour les non marocains) :

Autre personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom :

Prénom :

Tél :

Transport : oui non Coût :

Frais d'inscription :/an Frais de scolarité :/mois

Paiement à échoir : avant le 05 du mois en cours

Informations diverses :

➤ Distractions préférées de votre enfant (préciser le temps) :

Distraction 1 : Durée/j-s-m :

Distraction 2 : Durée/j-s-m :

Distraction 3 : Durée/j-s-m :

➤ Utilise-t-il un Smartphone ou une tablette à la maison ? : oui non

Pour quel usage ?Quelle durée/jour ?

➤ Qu'est-ce qu'il aime en général ?

.....

➤ Qu'est-ce qu'il n'aime pas en général ?

.....

➤ Petite description de son comportement SVP :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Centre IDMAJ souhaite rapprocher les parents d'élèves et les futurs parents des cours et activités du centre par la diffusion de vidéos :

J'accepte quesoit filmé(e).

Je refuse quesoit filmé (e).

Qu'attendez-vous du centre IDMAJ ? Détaillez SVP.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Noms des anciens établissements où votre enfant a été scolarisé (nous indiquer les villes/pays et les niveaux SVP) :

.....

.....

.....

Consignes en cas d'un traitement médical :

.....

.....

Néant :

Nom et prénom :

Date :

Signature :

Cadre réservé à la direction :

