



**En cas d'urgence, autre(s) numéro(s) à contacter :**

numéro	nom de la personne pouvant prendre une décision éventuelle	Lien de parenté

**Si votre enfant n'a jamais été scolarisé :**

Première inscription en maternelle (*Je déclare sur l'honneur qu'à la date de ce jour, l'enfant n'a jamais été scolarisé dans une école de la fédération Wallonie-Bruxelles*).

**Si votre enfant a été scolarisé dans un autre établissement:**

Année scolaire précédente : en .....maternelle / primaire

à l'école (adresse précise) :.....

.....

**En primaire : choix du cours philosophique :** *religion catholique – religion islamique – religion protestante – religion orthodoxe – religion israélite – morale non confessionnelle – Cours de philosophie et de citoyenneté*

**Documents présentés :**

- composition de ménage (*avec mention du numéro national en Belgique*)
- certificat de résidence (*pour les résidents étrangers*)
- attestation confirmant le cursus scolaire de l'enfant (*si scolarisation en primaire*)
- bulletin de l'année précédente (*si scolarisation en primaire*)

**ENGAGEMENT :**

*Nous certifions que ces informations sont complètes et exactes et nous nous engageons à signaler dans les plus brefs délais et par écrit,*

*toute(s) modification(s) survenant après cette date.*

*Fait à ....., le .....*

*Signature*



**Fiche médicale confidentielle**  
- année 20..... / 20.....



Nom de l'enfant (en imprimé) .....

Prénom : .....

Date de naissance .....

**Personnes à contacter en urgence :**

<i>NOM Prénom</i>	<i>Téléphone</i>	<i>Parenté avec l'enfant</i>
1.		
2.		
3.		

Nom du médecin traitant : .....

numéro de contact : .....

Date de la dernière vaccination antitétanique : .....

**Régime alimentaire :**     il mange de tout     végétarien     sans porc     sans lactose  
 sans gluten     autre : .....

**Problème(s) de santé connu(s) :**     OUI     NON

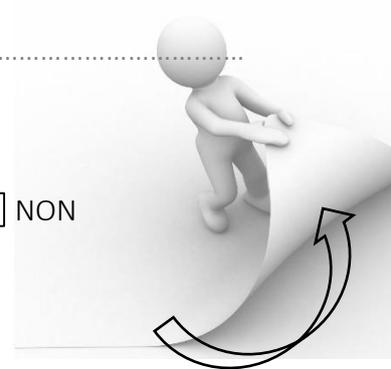
Asthmatique     Diabétique     Épileptique

Traitement : .....

**Allergies (aliments, médicaments, autres, ...)** :     OUI     NON

.....  
.....

**Votre enfant présente-t-il une allergie à l'iode ?**     OUI     NON



Tout renseignement que vous jugez important et utile au sujet de votre enfant :

.....

.....

.....

.....

- En cas d'urgence et dans l'impossibilité de vous joindre, acceptez-vous que l'on prenne la responsabilité de soigner votre enfant ?                    **oui\*** / **non\***

*\*biffer la mention inutile*

- Avant de se rendre à l'hôpital, nous tentons toujours de joindre un parent par téléphone. Si l'accident est jugé trop grave, nous faisons appel au Service Médical d'Urgence. En cas de nécessité et si l'état de votre enfant le permet, acceptez-vous qu'un enseignant ou la direction conduise votre enfant à l'hôpital ?

**oui\*** / **non\***

*\*biffer la mention inutile*

- Je soussigné(e), ....., responsable de l'élève dont les coordonnées sont inscrites dans le premier cadre, certifie que ces informations sont sincères et exactes. **Je m'engage personnellement à avertir le titulaire ou la direction de tout changement relatif à ce questionnaire dans les plus brefs délais.**

Fait à ..... le .....

Signature



**Ecole communale du centre**  
Rue Paul Reuter n°22 6700 Arlon  
063/ 226 258 [ecducentre.arlon@gmail.com](mailto:ecducentre.arlon@gmail.com)



**20 .....-20.....**

L'école dispose d'un **site internet** ([www.centre.ec-arlon.be](http://www.centre.ec-arlon.be)) sur lequel il nous arrive de mettre des photos d'élèves réalisés à l'école dans le cadre d'activités scolaires.  
Ces photos seront consultables par les parents et les enfants via un **mot de passe** pour accéder aux articles et à la galerie.

Nous accordons la plus grande importance à ce qu'aucune photo ne puisse porter un quelconque préjudice, ni à la dignité de votre enfant, ni à celle de ses parents à travers lui.  
Il peut également arriver que, en fonction d'un projet de classe, une photo soit prise par la commune pour la revue « **Vivre à Arlon** » ou pour le **journal local**.  
L'utilisation d'une photo reste soumise à votre autorisation.

Votre accord est nécessaire et vous pourrez l'annuler à tout moment à votre convenance.

.....  
.....

Je soussigné, ..... Parent – tuteur légal,

autorise gracieusement et temporairement la publication de photos dans lesquelles peut apparaître mon enfant .....



- Sur le site de l'école.
- dans le journal local ou dans le « Vivre à Arlon »

n'autorise pas la publication de photos de mon enfant .....



- Sur le site de l'école.
- dans le journal local ou dans le « Vivre à Arlon »

Fait à Arlon, le ..... Signature :

## Pour sa venue à l'école

Pour sa rentrée dans notre établissement, votre enfant aura besoin :

### En maternelle :

- Un petit sac à dos ou un cartable.
- Des pantoufles de gymnastique à semelles blanches.
- Une gourde et une boîte à collation.
- Des vêtements de rechange.
- Des langes à scratch si votre enfant n'est pas propre.

### En primaire:

- Un cartable vide et son plumier
- Une tenue de gymnastique : short foncé, t-shirt blanc et baskets dans un sac.
- Une tenue pour la piscine : maillot, bonnet de bain et essuie dans un sac.
- Une gourde et une boîte à collation.

**Pensez à mettre le prénom de votre enfant sur toutes ses affaires.**

Si votre enfant perd quelque chose, la boutique des objets trouvés se trouve près du bureau de la direction.

## Fiche d'information : Quick School Suite



### Application pour :

- les communications.
- Facturation des repas scolaires, excursions et autres

### **Informations générales**

Nom de l'école **Ecole fondamentale communale du Centre**

Nom et prénom de l'enfant .....

Classe de l'enfant .....

Nom de l'enseignant(e) .....

### **Facturation : Ecrivez en imprimé et de manière lisible**

#### Personne à qui facturer : Père – Mère – Tuteur

Nom et prénom .....

Adresse .....

Mail  Bien lisible  .....@.....

Téléphone .....

#### Si les repas sont payés par un organisme

Nom de l'organisme .....

Adresse .....

Mail .....@.....

Téléphone .....

#### **A compléter uniquement si les parents sont séparés et qu'il faut une 2<sup>ème</sup> facturation distincte :**

Père - Mère

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Mail : .....@.....

Téléphone : .....

Je m'engage à communiquer à l'établissement scolaire de mon enfant **tout changement de coordonnées** en cours d'année scolaire (adresse, courriel et téléphone)

Je déclare avoir pris connaissance du courrier concernant les modalités de paiement des repas scolaires.

Date et signature du/des responsable(s) de l'enfant,



# Commande de repas

## Ecole du Centre

Mois de : 20

Classe: Enseignant(e):

Facturer à M. et/ou Mme:

Élève:

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Repas chaud				
Potage	Potage	Potage	Potage	Potage
Tartines	Tartines	Tartines	Tartines	Tartines
Retour à la maison				

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Repas chaud				
Potage	Potage	Potage	Potage	Potage
Tartines	Tartines	Tartines	Tartines	Tartines
Retour à la maison				

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Repas chaud				
Potage	Potage	Potage	Potage	Potage
Tartines	Tartines	Tartines	Tartines	Tartines
Retour à la maison				

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Repas chaud				
Potage	Potage	Potage	Potage	Potage
Tartines	Tartines	Tartines	Tartines	Tartines
Retour à la maison				

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Repas chaud				
Potage	Potage	Potage	Potage	Potage
Tartines	Tartines	Tartines	Tartines	Tartines
Retour à la maison				

**Signature des parents:**