



INSTITUT INTERNATIONAL DE LANCY

Collège Marie-Thérèse, fondé en 1903

FICHE D'INSCRIPTION – APPLICATION FORM

Elève/Pupil

Nom/Name

Prénom/First Name

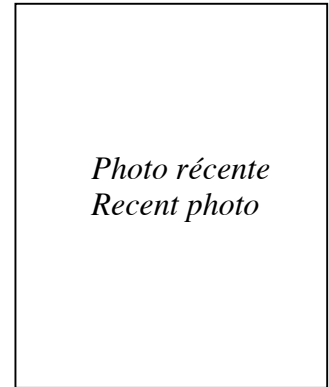
Date de naissance/Date of birth D/M/Y

Lieu de naissance/Place of birth

Sexe/Sex masculin/male féminin/female

Nationalité/ Nationality Religion

Année de naissance frères/Year of birth brothers Année de naissance sœurs/Year of birth sisters



Section française/French section Date d'entrée Entrée en classe de
Section anglaise/English section Date of entrance Application for

Demi-pensionnaire Pique-Nique (à partir du CP/11e) Transports scolaires/School Bus
school dinner packed lunch (from Y1) Oui/Yes No/No

Langue maternelle/ Mother tongue.....

Langue parlée avec la mère/Language spoken with mother

Langue parlée avec le père/Language spoken with father

	Courant/Fluent	Bien/Good	Moyen/Fair	Faible/Weak
Langues parlées Français/French				
Langues parlées Anglais/English				
.....				
.....				

Ecole actuelle/ Present school Classe/ Class.....

Dates Dates	Nom de l'école Name of school	Année(s) scolaires School year(s)

Ecoles fréquentées
antérieurement
Previous schools

Parents

Père/Father

Mère/Mother

Nom/Name	.....	.....
Prénom/First Name	.....	.....
Nationalité/Nationality	.....	.....
Profession	.....	.....
Tél. privé/Home Tel.	.....	.....
Tél. prof./Prof. Tel.	.....	.....
Natel/ Mobile phone	.....	.....
FAX	.....	.....
E-mail	.....	.....
Adresse/Address	.....	.....

	<i>célibataire</i>	<i>mariés</i>	<i>séparés</i>	<i>divorcés</i>	<i>veuf/veuve</i>	_____
	<i>single</i>	<i>married</i>	<i>separated</i>	<i>divorced</i>	<i>widowed</i>	
Etat civil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marital status						

Nom et adresse du responsable légal/(père, mère, tuteur) _____
 Name and address of the legal representative _____
 (father, mother, guardian) _____

	<i>au couple</i>	<i>au père</i>	<i>à la mère</i>	<i>Responsable légal</i>
	<i>Parents</i>	<i>Father</i>	<i>Mother</i>	<i>Legal representative</i>

Courrier à envoyer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Correspondence to				

Adresse de facturation (si différente de celle des parents) _____
 Billing address (if different from parents) _____

Assurance responsabilité civile/Third person insurance

Nom de la compagnie	_____	N° de la police	_____
Name of company		Policy number	

Le soussigné/la soussignée déclare avoir pris connaissance des conditions d'admission ainsi que du règlement tarifaire en vigueur, et en accepte expressément tous les termes.

The undersigned agree to the conditions for admission, as well as for the fees and financial conditions.

Date _____	Père/Father	Mère/Mother
------------	--------------------	--------------------

Signatures

Joindre les photocopies suivantes □ derniers bulletins scolaires, livret de famille, carnet de vaccinations
Join photocopies □ Birth certificate, latest school reports, vaccination certificate



INSTITUT INTERNATIONAL DE LANCY

Collège Marie-Thérèse fondé en 1903

Questionnaire médical/Health Questionnaire

Nom/Name **Prénom/First Name**

Nom/Adresse médecin traitant
Doctor's name/address

Tél. médecin traitant/Doctor's tel.

Caisse maladie
Name of medical insurance

Rougeole Varicelle Coqueluche
Measles Chicken Pox Whooping cough

Oreillons Scarlatine Rubéole
Mumps Scarlet fever German measles

Diabète Epilepsie Troubles cardiaques
Diabetes Epilepsy Heart trouble

Aff. voies respiratoires
Asthma

Allergies (médicaments, aliments, autres)
Allergies (medicine, food)

Autres maladies
Other

Traitement permanent
Regular medication

La santé de l'élève lui permet-elle de pratiquer tous les sports?
Does the health of the pupil permit him/her to take part in all sporting activities?

Oui Yes (Si non, précisez lesquels et donnez les raisons)
 Non No (If not, please specify, stating reasons)

.....
.....

Opérations subies/Surgical operations

Végétations adénoïdes/Adenoids

Amygdales/Tonsillitis

Appendicite/Appendicitis

Hernies/Hernia

Autres/Other

.....

.....

.....

Remarques état de santé

Remarks on general health

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si vous n'avez pas pu être atteint par téléphone, l'Institut International de Lancy est autorisé à faire donner les soins d'urgence à votre enfant.

If you cannot be reached by phone, the Institut International de Lancy has the right to give first aid to your child.

Date

Père/Father

Mère/Mother

Signatures

***Fiche d'inscription à retourner au secrétariat.
Application form to be returned to the admission office.***