



Ecole Belge de Kigali

INSCRIPTION DEFINITIVE 2019-2020

A remplir par les parents

INFORMATIONS relatives à l'ELEVE (en CAPITALES, une lettre par case)

NOM	_____	
PRENOM	_____	
DATE de naissance	____	SEXE M / F
LIEU de naissance	_____	
NATIONALITE	_____	

CLASSE demandée	S1 S2 S3 S4 S5 S6 (entourer la classe)
DATE d'entrée prévue à l'EBK	____ (jour / mois / année)

DOSSIER

A remplir par l'Administration de l'EBK

DOCUMENTS obligatoires	<input type="checkbox"/> Documents administratif/pédagogique /santé (rempli et signé) + Droit à l'image + Accord sur les règlements <input type="checkbox"/> Bulletin ou photocopie du dernier bulletin de l'école de départ <input type="checkbox"/> Deux photos récentes de l'enfant (format passeport) <input type="checkbox"/> Choix des options (voir feuille jointe) <input type="checkbox"/> Autorisation de sortie (voir feuille jointe)
	<input type="checkbox"/> DOSSIER COMPLET reçu le / /

DECISIONS

DECISION ADMINISTRATIVE	DECISION D'EQUIVALENCE
<input type="checkbox"/> Inscription confirmée Date _____ Signature _____	Dossier envoyé à Bruxelles le ... / ... / 20... Réponse obtenue le ... / ... / 20...

Pour les parents d'élèves soumettant un dossier d'équivalence :

Je soussigné
 responsable de (Nom et prénom de l'élève),
 ai été informé par la Direction de l'EBK que le dossier de mon enfant est soumis à la Commission d'Equivalence de la Fédération Wallonie-Bruxelles (Belgique). Ce dossier ne pourra être introduit par l'EBK que lorsque j'aurai transmis à l'EBK les **documents originaux suivants (extrait acte de naissance – bulletins des trois dernières années réussies – preuve du paiement des frais de dossier d'un montant de 100 €)**. Cette instance est seule habilitée à déterminer l'année dans laquelle mon enfant sera accepté ; elle transmet sa décision environ deux mois après réception du dossier complet. En attendant, l'étudiant est inscrit comme élève libre.

L'EBK ne peut donc être portée responsable de tout retard de transmission du dossier lié à la non réception de ces documents. Elle ne peut non plus être portée responsable de la décision de la Commission d'Equivalence.

Date :

Signature :



INFORMATIONS administratives

A remplir par les parents

L'ELEVE	NOM	_____
	PRENOM	_____
	LANGUE maternelle	_____

PERE	NOM	_____
	PRENOM	_____
	NATIONALITE	_____
	EMPLOYEUR	_____
	FONCTION	_____
	ADRESSE	N° de rue _____ N° de maison _____ Cellule (Quartier) _____
	TELEPHONE	_____
	EMAIL	_____
	SI DECEDE	Date du décès _____ (jour / mois / année)

MERE	NOM	_____
	PRENOM	_____
	NATIONALITE	_____
	EMPLOYEUR	_____
	FONCTION	_____
	ADRESSE	N° de rue _____ N° de maison _____ <i>(Ne rien indiquer si même adresse que le père)</i> Cellule (Quartier) _____
	TELEPHONE	_____
	EMAIL	_____
	SI DECEDEE	Date du décès _____ (jour / mois / année)

CONTACT en cas d'absence des parents	NOM	_____
	PRENOM	_____
	LIEN	_____
	TELEPHONE	_____
	EMAIL	_____

INFORMATIONS pédagogiques



A remplir par les parents

Ce document sera remis au titulaire de votre enfant et sera conservé dans le dossier de l'élève durant toute sa scolarité à l'Ecole Belge de Kigali

L'ELEVE	NOM	L L														
	PRENOM	L L														
	DATE de naissance	L L L L L L L L							SEXE		M / F					
	LANGUE maternelle	L L														
	CLASSE demandée	S1 S2 S3 S4 S5 S6 (entourer la classe)														

Antécédents scolaires de l'enfant

Année scolaire	Classe	Écoles fréquentées (nom de l'école - ville - pays)	Langue principale d'enseignement
-			
-			
-			
-			
-			
-			
-			
-			

Situation familiale

	NOM & Prénom	Lieu de vie	Année de naissance	Classe ou occupation
Père				
Mère				
frères & sœurs	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			
	6.			

Langue(s) couramment parlée(s) à la maison avec l'enfant

PREMIERE langue			
DEUXIEME langue			
AUTRES langues apprises		<i>Oral</i> TB - B - Faible	<i>Ecrit</i> TB - B - Faible
		<i>Oral</i> TB - B - Faible	<i>Ecrit</i> TB - B - Faible
		<i>Oral</i> TB - B - Faible	<i>Ecrit</i> TB - B - Faible

	<i>Oral</i> TB - B - Faible	<i>Ecrit</i> TB - B - Faible
	<p>Le FRANÇAIS notre langue d'enseignement</p> <p>Si votre enfant n'est pas francophone et n'a jamais étudié en français, êtes-vous prêt à</p> <ul style="list-style-type: none"> vous investir dans le suivi de votre enfant pour l'aider à suivre le niveau des cours de l'EBK ? aménager son environnement pour qu'il soit le plus fréquemment possible baigné dans la langue française <p>Que comptez-vous mettre en place concrètement à ce sujet ?</p>	

Ressources pédagogiques

Afin de nous permettre de constituer une réserve locale de recrutement en cas de nécessité, pourriez-vous répondre également aux questions suivantes :

Père	Seriez-vous intéressé par un remplacement de courte durée dans nos classes ? <i>(en cas d'absence d'un professeur pour cause de maladie par exemple)</i>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Avez-vous une expérience pédagogique ? Si oui, laquelle ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Avez-vous un diplôme pédagogique ? Si oui, lequel ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Mère	Seriez-vous intéressé par un remplacement de courte durée dans nos classes ? <i>(en cas d'absence d'un professeur pour cause de maladie par exemple)</i>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Avez-vous une expérience pédagogique ? Si oui, laquelle ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
	Avez-vous un diplôme pédagogique ? Si oui, lequel ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON



INFORMATIONS santé

A remplir par les parents

Ce document sera remis au titulaire de votre enfant et sera conservé dans le dossier de l'élève durant toute sa scolarité à l'Ecole Belge de Kigali

L'ELEVE	NOM	L _ L _
	PRENOM	L _ L _
	DATE de naissance	L _ L _ L _ L _ L _ L _ L _

SEXE	M / F
------	-------

RESPONSABLE légal	NOM	L _ L _	
	PRENOM	L _ L _	
	LIEN familial	L _ L _	
	TELEPHONE	L _ (en cas d'urgence)	
	EMAIL	L _ L _	
	SIGNATURE		DATE

AUTRE personne à prévenir	NOM	L _ L _
	PRENOM	L _ L _
	LIEN familial	L _ L _
	TELEPHONE	L _ (en cas d'urgence)

MEDECIN	NOM	L _ L _
	PRENOM	L _ L _
	TELEPHONE	L _ (en cas d'urgence)

DATE de la dernière vaccination antitétanique	L _ L _ L _ L _ L _ L _ L _ L _ (jour / mois / année)
---	---

Votre enfant souffre-t-il de	<input type="radio"/> asthme <input type="radio"/> épilepsie <input type="radio"/> incontinence <input type="radio"/> allergie <i>si oui, préciser à quoi il est allergique :</i>
Votre enfant prend-il des médicaments particuliers ?	<input type="radio"/> OUI <i>si oui, préciser quel médicament :</i>

Autres questions

1. Votre enfant a-t-il des difficultés particulières telles que

- Dyslexie
- Dyscalculie
- Hyperactivité
- Trouble de l'attention
- Autre... ? (préciser)

A-t-il déjà été suivi par un logopède ? OUI NON

Un diagnostic a-t-il déjà été posé par un spécialiste ? OUI NON

Pouvez-vous nous donner quelques précisions utiles afin d'encadrer au mieux votre enfant ?

.....

.....

.....

.....

.....

2. Votre enfant a-t-il vécu des événements difficiles dans sa vie, en particulier récemment ?
(par exemple : deuil, séparation des parents, déménagement)

.....

.....

.....

.....

.....

A-t-il pu bénéficier de l'aide d'un(e) conseiller(ère) d'éducation ou assistant(e) sociale ou psychologue pour cela, ou pour d'autres raisons ?

.....

.....

.....

.....

.....

3. Si vous venez d'arriver à Kigali, comment votre enfant a-t-il vécu le changement de pays, de maison, etc. ?

.....

.....

.....

.....

.....