



# INSTITUT INTERNATIONAL DE LANCY

*Collège Marie-Thérèse fondé en 1903*

## FICHE D'INSCRIPTION – APPLICATION FORM

### Elève/Pupil

Nom/Name .....

Prénom/First Name .....

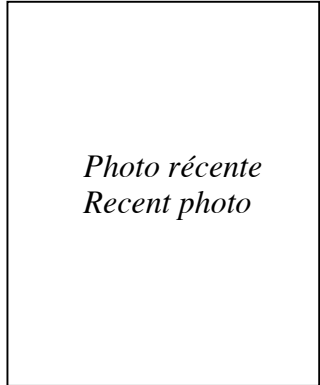
Date de naissance/Date of birth D/M/Y .....

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 school dinner  Pique-Nique (à partir du CP/11e) packed lunch (from Y1)  Transports scolaires/School Bus  
 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 _____	<b>Père/Father</b>	<b>Mère/Mother</b>
------------	--------------------	--------------------

**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.***