



**INSTITUT  
SAINTE-BEGGE  
ANDENNE**

**ASBL INSTITUT SAINTE - BEGGE**

Enseignement Secondaire Général, Technique, Professionnel ou en alternance  
 Place du Chapitre, 12      Avenue Roi Albert, 137-139      Avenue Roi Albert, 136  
 5300 ANDENNE      5300 ANDENNE      5300 ANDENNE  
 085/84.14.70      085/84.21.44      085/27.42.10

Inscription en   
 Année scolaire 2022-2023

Etudiant	Parent 1	Parent 2	Autre :
Nom : _____	Nom : _____	Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____	Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse complète : _____ _____	Adresse complète : _____ _____	Adresse complète : _____ _____	Adresse complète : _____ _____
GSM : _____	Tél. : _____	Tél. : _____	Tél. : _____
Sexe : <i>Masculin - Féminin</i>	GSM : _____	GSM : _____	GSM : _____
Lieu de naissance (Pays + ville) : _____	Mail : En majuscule _____	Mail : En majuscule _____	Mail : En majuscule _____
Date de naissance : _____	@ _____	@ _____	@ _____
Nationalité : _____	Profession : _____	Profession : _____	Profession : _____
N° carte id. : _____	Etat civil : _____	Etat civil : _____	Etat civil : _____
Date validité : _____			
N° national : _____			

Type de garde en cas de séparation ou divorce : *alternée – principale par \_\_\_\_\_ – exclusive par \_\_\_\_\_ (existence d'un jugement : oui – non)*

### Scolarité

Ecole précédente (Nom+ adresse + classe) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Langue suivie en 6<sup>e</sup> primaire :

anglais  néerlandais

#### Immersion en 6<sup>e</sup> primaire :

*oui - non*

#### Choix de langue moderne I en 1C:

anglais  néerlandais

#### Immersion en 1C :

*oui - non*

Souhaite être avec un ou deux élève(s) (uniquement en 1C) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rmq \_\_\_\_\_

### Santé

Problème(s) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Médecin traitant (Nom + téléphone) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A contacter en cas d'urgence **autre que**

**les parents :**

- Nom : \_\_\_\_\_

- Tél./GSM : \_\_\_\_\_

- Lien (de parenté) : \_\_\_\_\_

### Trouble(s)

**DYS :**  Oui  Non

Type : \_\_\_\_\_

**TDA :**  Oui  Non

**TDAH :**  Oui  Non

Médication : \_\_\_\_\_

#### **Suivi**

Oui

- Par : \_\_\_\_\_

- Tél. : \_\_\_\_\_

- Depuis le : \_\_\_\_\_

Non  jamais de suivi

suivi terminé

#### **Demande d'aménagements**

**raisonnables** : *oui - non*

Dossier rentré : *oui - non*

**Autres** : \_\_\_\_\_

### Divers :

#### **Moyen de transport :**

TEC (n° ligne ..... )

SNCB

A pied

Vélo

Voiture

#### **Fratrie**

Non

Oui (Nom, prénom, classe)

Date : \_\_\_\_\_ Inscription faite par : \_\_\_\_\_ Signature du/des responsable(s) :

Comment avez-vous eu connaissance des informations concernant les inscriptions ?

Flyers  Facebook  Site internet  Autre : \_\_\_\_\_