



LEADERS INTERNATIONAL ACADEMY

AMERICAN SCHOOL - ECOLE AMERICAINE

NURSERY, KINDERGARTEN & ELEMENTARY

CRÈCHE, MATERNELLE & PRIMAIRE

FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

REGISTRATION AND MEDICAL INFORMATION FORM

A. STUDENT INFORMATION / INFORMATIONS DE L'ÉLÈVE

Last name/Nom: First name/Prénom:

Date & place of birth/Date et lieu de naissance:/...../..... _____

M

F

Gender/Genre: masculine/masculin femine/féminin Citizenship(s)/Nationalité(s):.....

Current address/Lieu de résidence actuel :

Language(s) spoken at home/Langue(s) parlée(s) à la maison

Current grade & average Classe et moyenne actuelles		Previous grade & average Classe et moyenne précédentes	
Grade/Classe	Average/Moyenne	Grade /Classe	Average/Moyenne

Language Level Niveau de langue	Beginner Débutant	Intermediate Intermédiaire	Advanced Avancé	Native language Langue maternelle
English/Anglais				
French/Français				



LEADERS INTERNATIONAL ACADEMY

AMERICAN SCHOOL - ECOLE AMERICAINE

NURSERY, KINDERGARTEN & ELEMENTARY

CRÈCHE, MATERNELLE & PRIMAIRE

Health informations /Informations médicales

Answer with a Y/N / Répondez par un Y/N -: (yes/oui = Y / no/ non/ = N)

Y N

Sickle Cell Disease/Drépanocytose

Heart Disease/Cardiopathie

Asthma/Asthme

Allergies

-

If

“Y,”

list

/

Si

“Y,”

indiquer

:

Medications/

Médicaments _____

Food/Nourriture _____ Autre/Other _____

Does your child require a special diet? Est-ce que l'enfant doit suivre un régime alimentaire particulier? If "Y," provide the information. Si "Y," précisez.

Current Medication (if relevant to the student's health & safety). Also state whether or not it needs to be administered at school.

Traitement Médical Actuel (si cela se révèle important pour la santé et la sécurité de l'élève). Aussi préciser si le traitement doit être administré à l'école.

Height /Taille _____ Weight /Poids _____

Family Doctor /Médecin traitant : Tel :



LEADERS INTERNATIONAL ACADEMY

AMERICAN SCHOOL - ÉCOLE AMÉRICAINNE

NURSERY, KINDERGARTEN & ELEMENTARY

CRÈCHE, MATERNELLE & PRIMAIRE

A. PARENTS INFORMATIONS/INFORMATIONS PARENTALES

FATHER/PÈRE	MOTHER/MÈRE
Last name/Nom	Last name/Nom
Citizenship(s)/Nationalité(s)	Citizenship(s)/Nationalité(s)
Residence/Lieu de résidence	Residence/Lieu de résidence
Email	Email
Phone	Phone
Fonction /Job Title	Fonction/Job Tite

In case of an Emergency, Please Contact/Personne à contacter en cas d'urgence:

Last name/Nom:.....First name/prénom:

Contact:

Relation to the student/Relation à l'élève:.....

Area of residence/Lieu de résidence:.....

I agree that the school annual fees are due in full, regardless of missed classes during the school year.

J'accepte que les frais de scolarité annuels soient dus en totalité, indépendamment des cours manqués pendant l'année scolaire.

Fait à Abidjan, le :

Nom/Name _____ Date _____ Relation (à l'enfant/to the child) _____

Signature _____

Nom/Name _____ Date _____ Relation (à l'enfant/to the child) _____

Signature _____



LEADERS INTERNATIONAL ACADEMY

AMERICAN SCHOOL - ÉCOLE AMÉRICAINE

NURSERY, KINDERGARTEN & ELEMENTARY

CRÈCHE, MATERNELLE & PRIMAIRE

c-Autorisation de soins d'urgence

I, the undersigned (father, mother, guardian) -----
authorize the administration of the school to take all the necessary arrangements to provide
emergency care to my child----- if he was a
victim of accident or of faintness.

date:-----2021

Mention << read and approved>>

followed by

parents' signature

Je soussigné(e) (père,mère,tuteur)-----
autorise la direction à prendre les dispositions nécessaires pour administrer des soins
d'urgence à l'élève ----- - s'il était victime
d'accident ou de malaise.

je m'engage à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur
cette fiche.

Abidjan,le-----2021

Mention << lu et approuvé>>

suivi de la

Signature des

parents