

**Formulaire d'inscription Sekoly
Kintana 2026** (UN FORMULAIRE PAR ENFANT)



Période d'inscription (cocher une case) :

- ☐ 2026 Semestre I : janvier 2026 à juin 2026
☐ 2026 Semestre II : août 2026 à décembre 2026

Programme journée complète: ☐ 3–6 ans ☐ 6–9 ans ☐ 9–12 ans ☐ 12–15 ans

1) Informations sur l'enfant

Nom complet de l'enfant (nom de famille, puis prénom) :

Sexe : _____

Prénom d'usage : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Région : _____

Langue maternelle : _____

Langue(s) parlée(s) à la maison : _____

École précédente (si applicable) : _____

Informations Parents / Tuteurs

Parent / Tuteur 1

Nom : _____

Téléphone (domicile) : _____ Téléphone (portable) : _____

Employeur : _____

Téléphone professionnel : _____

Email : _____

Parent / Tuteur 2

Nom : _____

Téléphone (domicile) : _____ Téléphone (portable) : _____

Employeur : _____

Téléphone professionnel : _____

Email : _____

Contacts d'urgence (si les parents/tuteurs ne sont pas joignables)

Contact d'urgence 1

Nom : _____
Lien avec l'enfant : _____
Numéro de téléphone : _____

Contact d'urgence 2

Nom : _____
Lien avec l'enfant : _____
Numéro de téléphone : _____

Personnes autorisées à récupérer l'enfant (autres que les parents)

Personne autorisée 1

Personne autorisée 2

Nom : _____ Nom : _____
Lien : _____ Lien : _____
Téléphone : _____ Téléphone : _____

Consentement et engagements

En signant ci-dessous, j'autorise l'enfant (ou les enfants) mentionné(s) ci-dessus à fréquenter Sekoly Kintana et j'atteste que toutes les informations fournies sont exactes et à jour. Je m'engage à informer Sekoly Kintana par écrit de tout changement concernant les informations ci-dessus.

Je comprends que Sekoly Kintana n'est pas responsable des activités menées en dehors des locaux de l'école, et j'autorise Sekoly Kintana à obtenir des soins médicaux d'urgence, y compris un transport d'urgence, pour mon enfant si je ne peux pas être contacté(e) immédiatement. Le service médical d'urgence utilisé sera **le Centre Médical**. J'accepte d'être responsable de tous les frais médicaux d'urgence engagés.

Je/nous lisons le **Parent Handbook** de Sekoly Kintana et comprenons les informations, politiques et procédures qui y sont décrites. Je/nous confirmons avoir reçu une copie pour nos archives. En signant cet accord, je/nous acceptons l'ensemble des politiques et procédures du handbook, y compris les règles de paiement et les pénalités de retard.

Nous demandons à chaque famille de souscrire une **Assurance Scolaire** via **ARO Insurance** et de fournir la preuve d'assurance.

Informations de santé de l'élève

Merci de compléter le **Formulaire médical de l'élève** séparé par votre professionnel de santé.

Palements 2026 (rappel)

Dépôt d'inscription : 250 000 Ar par enfant (non remboursable)

Le dépôt n'est pas déduit des frais de scolarité.

Signatures

Parent / Tuteur 1 : _____

Date : _____

Parent / Tuteur 2 : _____

Date : _____

----- For Staff Use Only -----

☐ Medical Form Received	☐ Registration Deposit Received
☐ Proof of Insurance Received	☐ First Tuition Payment Received