



**PERSONNE RESPONSABLE (si les parents sont séparés ou divorcés)**

NOM:	Prénom:	
Email :		
Tél: Résidence	Portable	Bureau

**PERSONNE RESPONSABLE (si différent des parents)**

NOM:	Prénom:	
Lien de parenté :	Profession:	
Occupation actuelle:	Poste occupé :	
Position actuelle :	Entreprise/Organisation:	
Email :		
Tél: Résidence	Portable	Bureau
Adresse (si ≠ de l'enfant):		

Indiquez les raisons pour lesquelles vous avez choisi Aux Alizés.

---

---

---

Quelles sont vos attentes?

---

---

---

**Je reconnais que les informations fournies sont correctes et autorise la direction de l'école à les vérifier au besoin.**

\_\_\_\_\_  
Signature du père

\_\_\_\_\_  
Signature de la mère

\_\_\_\_\_  
Date

**Documents à présenter à l'inscription:** 1 photo d'identité récente - l'acte de naissance - le dernier bulletin scolaire (Décembre)  
Un certificat médical et le carnet de vaccination (à jour).  
Copie des pièces d'identité des parents  
**Frais d'étude de dossier et d'évaluation, non remboursables 12,000.00 gourdes.**

**À apporter au moment indiqué:** Bulletin du 2ème trimestre et celui des promotions de juin.

# Aux Alizés

*La maison où l'on apprend*

Fiche de santé de l'élève 2025/2026

*Veillez annexer un certificat médical et la carte de vaccination à ce formulaire. Merci.*

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Sexe: F  M  Groupe Sanguin \_\_\_\_\_

Adresse: Rue: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Téléphone des parents (privé) \_\_\_\_\_ (bureau) \_\_\_\_\_  
(portable) \_\_\_\_\_

## **Pédiatre :**

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse de la clinique: Rue: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Téléphone (privé) \_\_\_\_\_ (clinique) \_\_\_\_\_

## **Allergies :**

Piqûres d'insectes  Lesquels \_\_\_\_\_ Aliments  Lesquels \_\_\_\_\_

Médicaments  Lesquels \_\_\_\_\_ Autres  \_\_\_\_\_

L'enfant est-il/elle asthmatique ? \_\_\_\_\_ Si oui, indiquer le traitement \_\_\_\_\_

**L'enfant a-t-il /elle subi une intervention chirurgicale:** Oui  Non

Si "Oui", quel type d'intervention ?  
\_\_\_\_\_

## **Maladie grave.**

Indiquer toute maladie grave ou infectieuse pour laquelle l'enfant suit actuellement un traitement  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**L'enfant a-t-il /elle des restrictions concernant l'éducation physique :** Oui  Non

Si "Oui", lesquelles ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Autres renseignements utiles**

  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature des parents ou du représentant légal

\_\_\_\_\_  
Date

## *Aux Alizés*

### *La maison où l'on apprend*

Annexe au Formulaire d'Inscription des nouveaux élèves  
Droit à l'image - Année académique 2025/2026

Votre enfant, une fois Aux Alizés, il ou elle sera invité/e à participer, au cours de sa scolarité, à un certain nombre des activités de l'école, telles : activités sportives, activités de classe, sorties ou voyages éducatifs, manifestations culturelles, conférences, concours et autres...  
Nous prenons régulièrement des photographies des activités des élèves.

Nous souhaiterions avoir votre autorisation pour diffuser ces photographies dans le cadre de l'école, sous plusieurs formes: expositions ou diffusions internes, article de presse, site internet de Aux Alizés, réseaux sociaux, expositions hors de l'école...

Bien évidemment, ces photos mettent en valeur le travail des élèves et ont toujours un rapport avec les activités scolaires, parascolaires ou extrascolaires de Aux Alizés.

- J'autorise la direction à diffuser une ou des photographies de notre enfant prise (s) dans le cadre des activités scolaires, parascolaires ou extrascolaires de Aux Alizés.

Cette diffusion sera limitée :

- ◆ à des expositions internes à l'établissement,
- ◆ à des articles de presse et des expositions hors de l'école,
- ◆ Aux outils de communications de Aux Alizés: site web, page Facebook, Twitter, Instagram, TikTok.

- Je n'autorise pas** la diffusion des photographies de mon enfant prises dans le cadre des activités scolaires, parascolaires ou extrascolaires de l'école.

NB: Veuillez cocher votre choix en mettant une croix dans la case correspondante.

*Nom(s), prénom (s), date et signatures du ou des responsable(s) légal(aux) :*

---

***L'autorisation est valable pour la durée de la scolarité de l'élève. Vous pourrez demander à modifier cette autorisation si vous le désirez.***