



## DEMANDE D'ADMISSION EN CLASSE D'ACCUEIL DU CYCLE D'ORIENTATION

**ANNEE SCOLAIRE 2025-2026**

### NE PAS REMPLIR. DESTINE A L'USAGE EXCLUSIF DE L'ECOLE :

nBDS : ..... CO Secteur : .....  
Affectation : **CO :** ..... ADS : ..... Classe : .....  
Cours LM : ..... CO : ..... Jour : ..... Enseignant : .....  
P: Enfant : ..... Parent 1 : ..... Parent 2 : .....  
**Assurance maladie : démarche CS à effectuer ☐ Fratrie ☐ - combien : .....**  
MNA ☐ RMNA ☐ Procédure SASLP/OEJ à effectuer : ☐  
Interprète CR : .....  
Observations : .....  
.....  
.....

### A COMPLÉTER PAR LES RESPONSABLES LEGAUX DE L'ELEVE :

#### ELEVE

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : M ☐ F ☐  
Date de naissance (jour-mois-année) : ..... Nationalité : .....  
Adresse de domicile (rue, n°) : .....  
No postal : ..... Localité : .....  
Nom sur la boîte aux lettres : .....  
No de téléphone fixe privé : ..... Assurance-maladie : .....  
Adresse de correspondance si différente (rue, n°) : .....  
No postal : ..... Localité : .....  
Nom sur la boîte aux lettres : .....  
Date d'arrivée à Genève : ..... Pays de provenance et canton si Suisse : .....  
Langue maternelle (1<sup>ère</sup> langue parlée) : ..... Autre(s) langue(s) parlée(s) : .....  
Langue de scolarisation : .....

#### SITUATION SCOLAIRE

Nom de la dernière école fréquentée : .....  
Dernière année fréquentée (degré/classe/niveau) : ..... Jusqu'à (mois/année) : .....  
Ville où se situe l'école : ..... Pays où se situe l'école : .....

A reçu un enseignement dans les langues suivantes :

anglais	pendant .....	an(s)	de la .....	année de scolarité à la .....	année de scolarité
allemand	pendant .....	an(s)	de la .....	année de scolarité à la .....	année de scolarité
.....	pendant .....	an(s)	de la .....	année de scolarité à la .....	année de scolarité
.....	pendant .....	an(s)	de la .....	année de scolarité à la .....	année de scolarité


Parcours scolaire des 4 dernières années	Degré/classe/niveau	Langue de scolarisation	Nom de l'école	Ville de l'école	Pays de l'école


L'enfant présente-t-il des troubles DYS ? ☐ non ☐ oui, lesquels : .....  
 L'enfant bénéficie-t-il de mesures de soutien pédagogique ? ☐ non ☐ oui, lesquelles : .....  
 L'enfant a-t-il effectué un saut de classe ? ☐ non ☐ oui, quelle année : .....  
 L'enfant a-t-il redoublé une année de scolarité ? ☐ non ☐ oui, quelle(s) année(s) : .....

## FRATRIE âgée entre 4 et 20 ans

Frères et soeurs de l'élève, les énumérer du plus âgé au plus jeune :

Nom et Prénom	Date de naissance	Nom de l'école actuelle	Vit avec l'élève
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

PARENTS DE L'ELEVE	PARENT <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère	PARENT <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère
Nom		
Prénom		
Responsable légal/e	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Profession		
Situation dans la profession	<input type="checkbox"/> salarié/e <input type="checkbox"/> à son compte <input type="checkbox"/> plein-temps <input type="checkbox"/> temps-partiel	<input type="checkbox"/> salarié/e <input type="checkbox"/> à son compte <input type="checkbox"/> plein-temps <input type="checkbox"/> temps-partiel
Lieu de travail		
Téléphone professionnel		
Téléphone portable		
Langue(s) parlée(s)		
Courriel 		
Réside avec l'élève	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Si non</b> , adresse (rue et n°)		
Numéro postal et localité		
Canton / Pays		
Téléphone fixe privé		
Etat civil	<input type="checkbox"/> marié/e <input type="checkbox"/> séparé/e <input type="checkbox"/> divorcé/e <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> partenaire <input type="checkbox"/> veuf/veuve <input type="checkbox"/> décédé/e	<input type="checkbox"/> marié/e <input type="checkbox"/> séparé/e <input type="checkbox"/> divorcé/e <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> partenaire <input type="checkbox"/> veuf/veuve <input type="checkbox"/> décédé/e

	RESPONSABLE LEGAL/E si pas mère ou père	PROCHE ou ETABLISSEMENT CHEZ QUI L'ELEVE HABITE (ni mère, ni père, ni responsable légal)
Nom	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme
Prénom		
Lien de parenté		
Profession		
Situation dans la profession	<input type="checkbox"/> salarié/e <input type="checkbox"/> à son compte <input type="checkbox"/> plein-temps <input type="checkbox"/> temps-partiel	<input type="checkbox"/> salarié/e <input type="checkbox"/> à son compte <input type="checkbox"/> plein-temps <input type="checkbox"/> temps-partiel
Lieu de travail		
Téléphone professionnel		
Téléphone portable		
Langue(s) parlée(s)		
Courriel 		
Réside avec l'élève	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Si non</b> , adresse (rue et n°)		
Numéro postal et localité		
Canton / Pays		
Téléphone fixe privé		
Etat civil	<input type="checkbox"/> marié/e <input type="checkbox"/> séparé/e <input type="checkbox"/> divorcé/e <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> partenaire <input type="checkbox"/> veuf/veuve <input type="checkbox"/> décédé/e	<input type="checkbox"/> marié/e <input type="checkbox"/> séparé/e <input type="checkbox"/> divorcé/e <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> partenaire <input type="checkbox"/> veuf/veuve <input type="checkbox"/> décédé/e

**Etat physique / Santé de l'élève :**

**NB** Les indications relatives à la santé peuvent être portées à la connaissance de l'infirmière du service de la santé de l'enfance et de la jeunesse que vous pouvez, par ailleurs, contacter au ☎ 022 546 41 00 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Autres renseignements que vous aimeriez donner dans l'intérêt de l'enfant :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informations dont vous souhaitez qu'elles soient communiquées au corps enseignant :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lieu et date : .....

Signature parent\* : ☐ père ☐ mère ☐ autre

.....

Signature parent\* : ☐ père ☐ mère ☐ autre

.....

\*Signature obligatoire si responsable légal

#### Documents obligatoires à joindre au dossier

- ☐ Pièce d'identité (carte d'identité, passeport, carte de légitimation établie pour le canton de Genève ou permis de séjour établi à Genève) de l'enfant.
- ☐ Pièce d'identité (carte d'identité, passeport, carte de légitimation établie pour le canton de Genève ou permis de séjour établi à Genève) des deux parents.
- ☐ Preuve d'affiliation à une caisse maladie, si disponible.
- ☐ Bulletins scolaires de l'année scolaire en cours et de l'année scolaire précédente.
- ☐ Autorisation de l'autre parent si celui-ci est absent de Genève ou décision judiciaire, en cas de séparation.

Des documents complémentaires peuvent être demandés.

**Formulaire et pièces justificatives (non agrafés et en recto uniquement), à renvoyer :**

par courriel à [admissions.dgeo@etat.ge.ch](mailto:admissions.dgeo@etat.ge.ch)

ou

par courrier postal à Direction générale de l'enseignement obligatoire - DGEO  
Service organisation et planification  
Chemin de l'Echo 5A  
1213 Onex

☎ +41 (0)22 327 04 00

[www.ge.ch/inscrire-mon-enfant-au-cycle-orientation](http://www.ge.ch/inscrire-mon-enfant-au-cycle-orientation)