



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

ANNEE SCOLAIRE 2021-2022

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 SALSP/OEJ à effectuer :

Interprète CR :

Observations :

A COMPLETER 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 :

Langue maternelle (1^{ère} langue parlée) : Autre(s) langue(s) parlée(s) :

Langue de scolarisation :

SITUATION SCOLAIRE

Nom de la dernière école fréquentée : Jusqu'à (mois/année) :

Dernière année fréquentée (degré/classe/niveau) :

Ville où se situe l'école : Pays où se situe l'école :

A reçu un enseignement dans les langues suivantes :

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

anglais 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 2 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

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) parlé(e)s | | |
| Courriel ☒ | | |
| Réside avec l'élève | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Si non , 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 | | |
| Langu(e)s parlées | | |
| Courriel <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Réside avec l'élève | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Si non , 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

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

par courriel à 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