



Lycée Français Jean-Marie Gustave Le Clézio

BP 40 - Port Vila - Vanuatu



00 (678) 22 926 / 24 259 -  lfpv@lfportvila.edu.vu

Site : www.lfportvila.edu.vu



Année scolaire 2027

Dossier d'inscription

Élémentaire

IDENTITE DE L'ÉLÈVE			
Nom : (Surname)		Prénom : (Name)	
Date de naissance : (Date of birth)		Lieu de naissance : (Place of birth)	
Pays de naissance : (Country of birth)		Nationalité(s) (Nationality) : Si double nationalité, <u>précisez les deux</u> If dual nationality, <u>specify both</u>	Sexe : (Sex)
Adresse résidentielle (Residential address)			

SCOLARITÉ			
Scolarité année précédente (2026)		Scolarité demandée (2027)	
Classe :		Classe :	
Redoublement :		Redoublement :	
Pour les enfants non francophones, nous vous proposons un module allophone (For non-French-speaking, we propose the FSL* classes)			
*FSL: French as Second Language			

	PREMIER RESPONSABLE FIRST LEGAL PERSON IN CHARGE	DEUXIEME RESPONSABLE SECOND LEGAL PERSON IN CHARGE
Nom / Prénom (Surname / Name)		
Adresse résidentielle (Residential address)		
Ville (Town)		
Lien (Relationship) (1)		
Code profession (2)		
Profession / Occupation		
Lieu de travail (Workplace)		
Tel Travail (Work)		
Tel Maison (Home)		
Tel Mobile (Mobile)		
E-mail (Email)		
Nombre d'enfants à charge (Number of dependent children)		
Nombre d'enfants scolarisés dans l'établissement (Number of children attending this school)		

(1) père, mère ou tuteur (father, mother or legal guardian)

(2) Voir aide à la saisie à l'intérieur du dossier en page 2 (see help p.2)

Frères et sœurs / Brothers and sisters				
Nom (Surname)	Prénom (First name)	Date de naissance (Date of birth)	Etablissement fréquenté (School attended)	Classe (Class)

Langues parlées par la mère : (Cocher / Tick)
(Languages spoken by the mother)

Français ☐ Anglais ☐ Bichlamar ☐
French *English*

Autre préciser : ☐ _____
Other (Please specify): _____

Langues parlées par le père : (Cocher / Tick)
(Languages spoken by the father)

Français ☐ Anglais ☐ Bichlamar ☐
French *English*

Autre préciser : ☐ _____
Other (Please specify): _____

Langues parlées par l'enfant : (Cocher / Tick)
(Languages spoken by the child)

Français ☐ Anglais ☐ Bichlamar ☐
French *English*

Autre préciser : ☐ _____
Other (Please specify): _____

(2) Codes professions :

- 10	Agriculteur exploitant
- 21	Artisan
- 22	Commerçant et assimilé
- 23	Chef d'entreprise de dix salariés et plus
- 31	Profession libérale
- 33	Cadre de la Fonction Publique
- 34	Professeur et assimilé
- 35	Profession Information, Arts, Spectacle
- 37	Cadre administratif et Commercial d'entreprises
- 38	Ingénieur - Cadres Technique d'Entreprise
- 42	Instituteur et assimilé
- 43	Profession interm. Santé Travail
- 44	Clergé, Religieux
- 45	Profession interm. Adm. Fonction Publique
- 46	Profession interm Adm. Commerce en Entreprise
- 47	Technicien

- 48	Contremaître et Agent de maîtrise
- 52	Employé civil - Agent Service Fonction Publique
- 53	Policier et Militaire
- 54	Employé administratif d'Entreprise
- 55	Employé de Commerce
- 56	Personnel Service direct aux Particuliers
- 61	Ouvrier qualifié
- 66	Ouvrier non qualifié
- 69	Ouvrier agricole
- 71	Retraité agriculteur exploitant
- 72	Retraité artisan, commerçant, chef d'entreprise
- 73	Retraité cadre, professeur. Intermédiaire
- 76	Retraité employé et ouvrier
- 81	Chômeur n'ayant jamais travaillé
- 82	Personne sans activité professionnelle
- 99	Non renseignée (inconnu ou sans objet)

Personne(s) à prévenir en cas d'accident / <i>Emergency contacts</i>			
Nom/Prénom (Surname/Name)	Lien (père – mère – voisin...) (Relationship)	Fixe (Landline)	Portable (Mobile)

Renseignements médicaux / *Medical information*

Nom du médecin / *Doctor's name* :

Tel :

Eventuellement n° de dossier à l'hôpital / *Hospital file n° if any:*

(Entourer- Circle)

Vaccinations à jour (BCG, DT Polio, Hépatite B)
Vaccinations (DT polio, BCG, measles, Hépatite B)

OUI <i>Yes</i>	NON <i>No</i>
-------------------	------------------

Votre enfant porte-t-il des lunettes ?
Does your child wear glasses?

OUI <i>Yes</i>	NON <i>No</i>
-------------------	------------------

Si oui / *If yes:* doit-il les porter en classe seulement ?
Is he/she supposed to wear them in class only?

OUI <i>Yes</i>	NON <i>No</i>
-------------------	------------------

Doit-il les porter en permanence ?
Is he/she supposed to wear them permanently?

OUI <i>Yes</i>	NON <i>No</i>
-------------------	------------------

Votre enfant a-t-il un problème auditif ?
Does your child have a hearing problem?

OUI <i>Yes</i>	NON <i>No</i>
-------------------	------------------

Est-t-il atteint d'une maladie pouvant poser problème lors de certaines activités ?
Does he/she suffer from a disease which could raise any problems at school or during physical education activities ?

OUI <i>Yes</i>	NON <i>No</i>
-------------------	------------------

Si oui, nom de cette maladie
If yes, name of this disease:

Allergies connues ou problèmes de santé particuliers

Allergies or specific health problems:

Autorisation d'utilisation de l'image

Je soussigné(e), Mme ou M. _____

☐ autorise

☐ n'autorise pas

que mon enfant _____ élève de _____ soit photographié ou filmé dans le cadre de ses activités au sein du lycée français de Port Vila et que des documents soient réalisés à partir de ces images.

Ces documents (photographies ou films) sont destinés à illustrer des activités pédagogiques, culturelles et artistiques à finalités éducatives. Les images pourront être postées sur le site et la page Facebook de l'établissement. Ils ne seront ni cédés, ni vendus, ni utilisés à d'autres usages.

Je pourrai donc à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et je dispose d'un droit de retrait si je le juge utile. Ce droit de retrait s'exerce auprès du Proviseur du lycée.

I, Mrs. or Mr. _____ ☐ allows ☐ does not allow

my child _____ pupil in year (Class) _____ be photographed or filmed as part of its activities in the French school in Port Vila and documents are made from these images. These documents (photographs or films) are intended to illustrate the educational, cultural and artistic activities for educational purposes. These pictures can be published on the school Facebook page and website. They will not be transferred, sold or used for other purposes. So I can at any time check the use made of it and I have a right of withdrawal if I consider it useful. This right of withdrawal is exercised with the Principal of the school.

TEMPS DU MIDI/LUNCHTIME

Votre enfant peut rester déjeuner au sein de l'école. Les repas sont pris sous la surveillance de personnels dédiés. Pour les repas, deux possibilités s'offrent à vous :

- Soit vous faites appel à un des six prestataires travaillant avec l'établissement (la liste est disponible au secrétariat). Les repas sont alors livrés au lycée à 11h30.
- Soit vous fournissez vous-même le repas. Ce dernier peut être conservé au frais et réchauffé à l'heure du déjeuner.

Your child can stay for lunch at school. Meals are taken under the supervision of dedicated staff. There are two options for meals:

- Either you can use one of the six caterers working with the school (the list is available at the secretary's office). The meals are then delivered at the school at 11.30am.*
- Or you provide yourself the meal. It can be stored in a cool place and reheated at lunchtime.*

A / Atle, (Date).....

SIGNATURES :

L'élève,
(Student)

Les parents ou tuteurs légaux,
(Parents / Legal guardian)