

## FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

1. IDENTITE DE L	'ELEVE	
NOM: KAPINO	7A PO	STNOM: MUJINGA
PRÉNOM: RU	TH CLASSE	1 AEN LITT SEXE. FEMININ
LIEU DE NAISSANCE:	CONSONAIGE	U 3H DATE DE NAISSANCE: 23 104 12022
NATIONALITÉ:		LANGUES: FRANCAIS
AVENUE: THEO	PHILE NUMERO	5.BIS QUARTIER: GOLF METEOA
COMMUNE: AND	LEXE VILE 1	U BUMBAGHPROVINCE: HAUT-KATA
		manufacture ( manufacture ) and a manufa
2 IDENTITÉ DE	S PARENTS OU TUTEUR	
NOM DU PÈRE :	hde kay	OMBO
N° TÉLÉPHONE :	9 6 6	*
NOM DE LA MÈRE :	PAUSTINE	ILLUNGA
N° TÉLÉPHONE :	197-40 283A	
NOM DU TUTEUR :	MALL GHE	NGE FRANÇOIS 36778
N°TÉLÉPHONE :	097409	36.772
3. ORIGINI		
DISTRICT	11010	
TERRITOIRE	LDUMBA	•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••
SECTEUR:		***************************************
VILLAGE:		•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••
PROVINCE:		GA.
PROVINCE :		Q.A.
	Part Salation	C Da St A Comment
4. ECOLE DE PE	ROVENANCE	
	1 1 1 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	IN NELEE
NOM DE L'ECOLE :	6 Procumi	DA NO DED
CLASSE:	29 5 01	<u></u>
POURCENTAGE :		
5. SANTÉ ET AL	LIMENTATION DE L'ÉLÈ	/E
CANTÉ À CURS CUI	CLOUR PRÉCESS	The state of the s
SANTE A SURVEILLER,	SI OUI, PRÉCISER LA MAL O M	ADIE CHRONIQUE
ALIMENTATION À SUR	VEILLER, STOUI, MERCI DE	PRÉCISER LES ALLERGIES ALIMENTAIRES.
ALIMENTATION À SUR	VEILLER, STOUL MERCI DE	PRÉCISER LES ALLERGIES ALIMENTAIRES.

CHENGE FRANÇOIS

+243 81 76 57 354 +243 99 55 53 276

collegelabonte243@gamil.com

Av. filaos N°12 Q/ Bel air C/Kampemba

NOM ET POST NOM DU PARENT OU DU TUTEUR