

FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

CLASSE: AP LITT SEXE: FEMININ LIEU DE NAISSANCE: (MONGO LA 15 & LANGUES: FRANÇA 15 AVENUE: THEOPHILE NUMÉRO: 5BB QUARTIER: GOUP METEOD COMMUNE: ANNEXE VILLE: LUBUMBAGH PROVINCE: HAUT-KATAN 2. IDENTITÉ DES PARENTS OUTUTEURS NOM DU PÈRE: ANDRE XAJOMBO N° TÉLÉPHONE: NOM DE LA MÈRE: FAUSTINE NOM DE LA MÈRE: PAUSTINE NOM DU TUTEUR: MAME CA HENGE FRANÇA 15	1. IDENTITE DE L'ELEVE	
PRÉNOM: DUTH CLASSE: AP ATT SEXE: THOUNING ALLERONS ANCE: QUANTION ALLER DE NAISSANCE: QUANTION ALLER DE NAISSANCE: QUANTIER: COMPACIAL DE LANGUES: FRANCALS AVENUE: THEOTHLE NUMÉRO: 5.015. QUANTIER: GOLF METEO A COMMUNE: ANN EXE VILLE: LUBRITABOTHROVINCE: HAVIT KATAN QUANTIER: QUANTIER	NOM: KAPINGA	PÖSTNOM: MUJINGA
NATIONALITÉ: LONGOLAISE LANGUES: FRANCAIS AVENUE: THEOPHILE NUMÉRO: 5.BIS QUARTIER: GOLF METEOA COMMUNE: ANNEXE VILLE: LUBORBASH PROVINCE: HAVIT KATAN 2. IDENTITÉ DES PARENTS OUTUTEURS NOM DU PÈRE: ANNEXE XAYOMBO N° TÉLÉPHONE: PAUSILINE TUNGA N° TÉLÉPHONE: PAUSILINE TUNGA N° TÉLÉPHONE: OPTUS AS TO B NOM DU TUTEUR: ANNEXE TO A N° TÉLÉPHONE: OPTUS AS TO B SOSTRICTA NO TÉLÉPHONE: OPTUS AS TO B ODISTRICTA NO DE L'ALLE TUNGA PROVINCE: HAUT XATANGA 4. ECOLE DE PROVENANCE DOM DE L'ECOLE: LAUTE TUNGA S. SANTÉ ET ALIMENTATION DE L'ÉLÈVE ANTÉ À SURVEILLER, SI OUI, PRÉCISER LA MALADIE CHRONIQUE 2. SANTÉ ET ALIMENTATION DE L'ÉLÈVE ANTÉ À SURVEILLER, SI OUI, PRÉCISER LA MALADIE CHRONIQUE LLIMENTATION À SURVEILLER, SI OUI, PRÉCISER LA MALADIE CHRONIQUE LLIMENTATION À SURVEILLER, SI OUI, PRÉCISER LA MALADIE CHRONIQUE LLIMENTATION À SURVEILLER, SI OUI, PRÉCISER LA MALADIE CHRONIQUE LLIMENTATION À SURVEILLER, SI OUI, PRÉCISER LA MALADIE CHRONIQUE LLIMENTATION À SURVEILLER, SI OUI, PRÉCISER LES ALLERGIES ALIMENTAIRES.	PRÉNOM: RUTH	CLASSE: AN ATT SEXE: FEMININ
NOM DU PÈRE: ANDE VALUE DU PROPINCE: HAUT-KATAN 2. IDENTITÉ DES PARENTS OUTUTEURS NOM DU PÈRE: ANDE VALUE DU PROPINCE: HAUT-KATAN NOM DU PÈRE: ANDE VALUE DU PROPINCE: HAUT-KATAN NOM DU PÈRE: ANDE VALUE DE PROVINCE: HAUT-KATAN NOM DE LA MÈRE: PAUSIUME DU PROPINCE: HAUT-KATAN NOM DE LA MÈRE: PAUSIUME DU PROPINCE NOM DE L'ECTEUR: ANDE VALUE DE PRÉCISER LES ALLERGIES ALIMENTAIRES.	LIEU DE NAISSANCE : (XX) NEX	1 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12
2. IDENTITÉ DES PARENTS OUTUTEURS NOM DU PÈRE : ANAPE	NATIONALITÉ: LONGOLA	156 LANGUES: FRANCALS
2. IDENTITÉ DES PARENTS OUTUTEURS NOM DU PÈRE : ANAPE	AVENUE: THEOPHILE	NUMERO: 5 BIS QUARTIER: GOUP METEO1
2. IDENTITÉ DES PARENTS OUTUTEURS NOM DU PÈRE : MARE XAJOMBO N° TÉLÉPHONE : 09240382700 N° TÉLÉPHONE : 09240382700 N° TÉLÉPHONE : 09240382700 N° TÉLÉPHONE : 09240382700 3. ORIGINE DISTRICT : 100000 CERRITORE		
NOM DU PÈRE : ANDRE A JOMBO N° TÉLÉPHONE : 22 JOMBO N° TÉLÉPHONE : 09740 38 70 0 N° TÉLÉPHONE : 09740 38 70 0 N° TÉLÉPHONE : 09740 38 70 0 N° TÉLÉPHONE : 09740 36 77 8 N° TÉLÉPHONE	2 IDENTITÉ DES DA DENTS	OMITHIE
NOM DE LA MÈRE: FAVOIL NE TUNNICA NO TÉLÉPHONE: 09740 38740 NO TÉLÉPHONE: 09740 36778 NO TÉLÉPHONE: 09740 NO TÉLÉP		
NOM DE LA MÈRE : TAVAIL NE TUNGA Nº TÉLÉPHONE : 09740 36778 Nº TÈLÉPHONE : 09740 N° TÈL	NOM DU PÈRE :AN DEE	XAYOMBO
No TÉLÉPHONE :	N° TÉLÉPHONE :	
A. ECOLE DE PROVENANCE IOM DE L'ECOLE: LASSE: OURCENTAGE: J. J	NOM DE LA MÈRE : FAVS.I	IND ILLINGA
3. ORIGINE DISTRICT: DIVOLO ERRITOIRE DIVOLO ERRITOIRE DIVOLO SECTEUR: DIVOLO SILLAGE: DIVOL		038700
3. ORIGINE DISTRICT: DIVOLO ERRITOIRE DIVOLO ERRITOIRE DIVOLO SECTEUR: DIVOLO SILLAGE: DIVOL	NOM DU TUTEUR :	GHENGE FRANCOIS
DISTRICTA NO VO O TERRITOIRE NO VIDA SECTEUR: NO VIDA VILLAGE: NO VIDA PROVINCE: HAUT - VATANÇA OROVINCE: HAUT - VATANÇA OUNCENTAGE: OURCENTAGE ANTÉ À SURVEILLER, SI OUI, PRÉCISER LA MALADIE CHRONIQUE SULLIMENTATION À SURVEILLER, SI OUI, MERCI DE PRÉCISER LES ALLERGIES ALIMENTAIRES.	N°TÉLÉPHONE :	974036778
DISTRICTA NO VO TERRITOIRE NO VOID A SECTEUR: NO VOID A PROVINCE: HAUT - VATANGA 4. ECOLE DE PROVENANCE LASSE: DISTRICTA ALIMENTATION DE L'ÉLÈVE ANTÉ À SURVEILLER, SI OUI, PRÉCISER LA MALADIE CHRONIQUE SUMMENTATION À SURVEILLER, SI OUI, MERCI DE PRÉCISER LES ALLERGIES ALIMENTAIRES.		
DISTRICTA NO UO DE CERRITOIRE NO UMBO A ECCTEUR: NO UMBO A PROVINCE: HAUT - VATANÇA ON DE L'ECOLE : L'AUT - VATANÇA OURCENTAGE: DOUI, PRÉCISER LA MALADIE CHRONIQUE ANTÉ À SURVEILLER, SI OUI, PRÉCISER LA MALADIE CHRONIQUE LIMENTATION À SURVEILLER, SI OUI, MERCI DE PRÉCISER LES ALLERGIES ALIMENTAIRES.	3 ODICINE	
TERRITOIRE NO MARCA SECTEUR: NO MARCA VILLAGE: NO MARCA PROVINCE: HAUT - VATANGA 4. ECOLE DE PROVENANCE IOM DE L'ECOLE: THE COMMENTATION DE L'ÉLÈVE S. SANTÉ ET ALIMENTATION DE L'ÉLÈVE ANTÉ À SURVEILLER, SI OUI, PRÉCISER LA MALADIE CHRONIQUE 2. S. MARCA DE PRÉCISER LES ALLERGIES ALIMENTAIRES.	3. ORIGINE	
TERRITOIRE NO MARCI DE PRÉCISER LES ALLERGIES ALIMENTAIRES.	NIVOLO	
A. ECOLE DE PROVENANCE IOM DE L'ECOLE: LASSE: OURCENTAGE: S. SANTÉ ET ALIMENTATION DE L'ÉLÈVE ANTÉ À SURVEILLER, SI OUI, PRÉCISER LA MALADIE CHRONIQUE LIMENTATION À SURVEILLER, SI OUI, MERCI DE PRÉCISER LES ALLERGIES ALIMENTAIRES.	NIAMA	B &
A. ECOLE DE PROVENANCE OM DE L'ECOLE: LASSE: OURCENTAGE: ANTÉ À SURVEILLER, SI OUI, PRÉCISER LA MALADIE CHRONIQUE LIMENTATION À SURVEILLER, SI OUI, MERCI DE PRÉCISER LES ALLERGIES ALIMENTAIRES.		
4. ECOLE DE PROVENANCE IOM DE L'ECOLE : L'ALTERNANCE LASSE : L'ALTERNANCE OURCENTAGE : L'ALTERNANCE 5. SANTÉ ET ALIMENTATION DE L'ÉLÈVE ANTÉ À SURVEILLER, SI OUI, PRÉCISER LA MALADIE CHRONIQUE LIMENTATION À SURVEILLER, SI OUI, MERCI DE PRÉCISER LES ALLERGIES ALIMENTAIRES.	11 1 11 M	BA
4. ECOLE DE PROVENANCE OM DE L'ECOLE: LASSE: OURCENTAGE: 5. SANTÉ ET ALIMENTATION DE L'ÉLÈVE ANTÉ À SURVEILLER, SI OUI, PRÉCISER LA MALADIE CHRONIQUE LIMENTATION À SURVEILLER, SI OUI, MERCI DE PRÉCISER LES ALLERGIES ALIMENTAIRES.	ILLAGE	. 63 75 8 8 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
SANTÉ ET ALIMENTATION DE L'ÉLÈVE ANTÉ À SURVEILLER, SI OUI, PRÉCISER LA MALADIE CHRONIQUE LIMENTATION À SURVEILLER, SI OUI, MERCI DE PRÉCISER LES ALLERGIES ALIMENTAIRES.	10 VII VII VII VII VII VII VII VII VII VI	Colored Colore
SANTÉ ET ALIMENTATION DE L'ÉLÈVE ANTÉ À SURVEILLER, SI OUI, PRÉCISER LA MALADIE CHRONIQUE LIMENTATION À SURVEILLER, SI OUI, MERCI DE PRÉCISER LES ALLERGIES ALIMENTAIRES.		
ANTÉ À SURVEILLER, SI OUI, PRÉCISER LA MALADIE CHRONIQUE	4. ECOLE DE PROVENANC	CE
ANTÉ À SURVEILLER, SI OUI, PRÉCISER LA MALADIE CHRONIQUE	OM DE L'ECOLE: LA CIE	E TUBN NE LEE
OURCENTAGE: 5. SANTÉ ET ALIMENTATION DE L'ÉLÈVE ANTÉ À SURVEILLER, SI OUI, PRÉCISER LA MALADIE CHRONIQUE 2. 6. MON LIMENTATION À SURVEILLER, SI OUI, MERCI DE PRÉCISER LES ALLERGIES ALIMENTAIRES.		
5. SANTÉ ET ALIMENTATION DE L'ÉLÈVE ANTÉ À SURVEILLER, SI OUI, PRÉCISER LA MALADIE CHRONIQUE 3. 6. 6. MOM LIMENTATION À SURVEILLER, SI OUI, MERCI DE PRÉCISER LES ALLERGIES ALIMENTAIRES.	28	5%
ANTÉ À SURVEILLER, SI OUI, PRÉCISER LA MALADIE CHRONIQUE		7
ANTÉ À SURVEILLER, SI OUI, PRÉCISER LA MALADIE CHRONIQUE	5. SANTÉ ET ALIMENTATION	ON DE L'ÉLÈVE
LIMENTATION À SURVEILLER, SI OUI, MERCI DE PRÉCISER LES ALLERGIES ALIMENTAIRES.		
LIMENTATION À SURVEILLER, SI OUI, MERCI DE PRÉCISER LES ALLERGIES ALIMENTAIRES.	ANTÉ À SURVEILLER, SI OUI, PRÉG	CISER LA MALADIE CHRONIQUE
LIMENTATION À SURVEILLER, STOUI, MERCI DE PRÉCISER LES ALLERGIES ALIMENTAIRES.	sse NOM	
LES FRETINS:	LIMENTATION À SURVEILLER, SI	OUI, MERCI DE PRÉCISER LES ALLERGIES ALIMENTAIRES.
	LES FRETING	5. 28. 8. 8. 9. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6.

NOM ET POST NOM DU PARENT OU DU TUTEUR

SIGNATURE

CHENGE FRAN