

Lycée Saint-Exupéry
01 B.P. 1478 - Ouagadougou 01
☎ : (226) 25 31 27 63
E-mail inscription : cadi.kabore@lfse.org

ANNEE SCOLAIRE 2019/2020

FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION
Classe de Seconde
Sous réserve de l'accord du Chef d'Etablissement et de la transmission de l'avis de passage en classe supérieure par l'établissement d'origine

ELEVE :		NOM :		Prénoms :	
Sexe : F - M		Né(e) le : / / A :		Pays :	
Nationalité 1 :			Nationalité 2 (éventuellement) :		
ETABLISSEMENT D'ORIGINE :			Elève boursier : <input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON		Langue Vivante 1 :
VILLE ET PAYS :			Classe suivie en 2018/2019:		
Langue vivante 2 obligatoire : Allemand <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/>					
Autre <input type="checkbox"/> _____ (Attestation CNED obligatoire)					
OPTIONS FACULTATIVES (2 options maximum au choix) Porter un n° d'ordre de priorité dans les cases correspondantes. Les choix seront satisfaits dans la mesure où l'effectif de l'option sera suffisant et où les horaires des options demandées pourront être rendus compatibles.					
LATIN (3h00) :		ARTS PLASTIQUES (3h00) :		Section Européenne : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <i>(élève issu d'une SE) ou (sous réserve d'admission dans cette section après réussite aux tests)</i>	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
RESPONSABLE 1 (destinataire de la facturation) :			RESPONSABLE 2 :		
NOM :			NOM :		
Prénom :			Prénom :		
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>			Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
Profession :			Profession :		
Organisme :			Organisme :		
Adresse au Burkina Faso :			Adresse au Burkina Faso :		
Adresse e-mail (obligatoire) :			Adresse e-mail (obligatoire) :		
Tél Dom. : _____ - Cél. : _____			Tél Dom. : _____ - Cél. : _____		
Tél Bureau : _____			Tél Bureau : _____		

Frères et sœurs au Lycée et/ou à l'Ecole Saint-Exupéry

NOM					
PRENOM					
CLASSE					

Fait à : _____ le : _____

Signature du responsable : _____

Décision du Chef d'Etablissement

Admis (e) dans la classe demandée

Test de positionnement

Admis (e) après résultats du test de positionnement

Date :/...../201... **Stéphanie JOUAN**

PAIEMENT DE L'INSCRIPTION

Visa du comptable

Date : _____