

Lycée Saint-Exupéry
01 B.P. 1478 - Ouagadougou 01

Tel : (226) 25 31 27 63

E-mail inscription : veronique.sorgho@lfse.org

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 :		Prénoms :	
NOM :			
Sexe : F - M	Né(e) le : / / A :	Pays :	
Nationalité 1 :		Elève boursier : <input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	
Nationalité 2 (éventuellement) :			
ETABLISSEMENT D'ORIGINE :		Classe suivie en 2019/2020:	Langue Vivante 1 :
VILLE ET PAYS :			
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) de droit dans la classe demandée
 Test de positionnement

Résultats test de positionnement

Admis dans la classe demandée
 Admis en classe de :

Date :/...../2020

Visa du Chef d'Etablissement

Stéphanie JOUAN

PAIEMENT DES FRAIS DE 1ère INSCRIPTION (non remboursable)
Visa du comptable

Date : _____