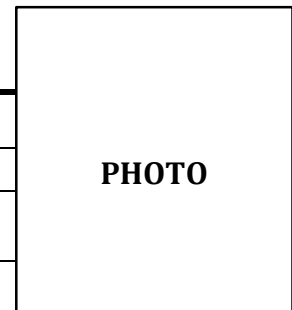




Jewels International School of Kinshasa
6705, O.U.A. Avenue, Commune of Ngaliema
Kinshasa, Democratic Republic of Congo



APPLICATION FORM / FORMULAIRE D'INSCRIPTION			
GRADE/CLASSE			
DATE OF APPLICATION/ DATE D'INSCRIPTION			
NAME OF STUDENT/ NOM DE L'ETUDIANT	First/Prénom:		
	Middle Name/Nom:		
	Last Name/Post-nom:		
DATE OF BIRTH/ DATE DE NAISSANCE		DAY/JOUR	MONTH/MOIS
GENDER/SEXE		MALE/MASCULIN	FEMALE/FEMININ
COUNTRY OF BIRTH/PAYS DE NAISSANCE		NATIONALITY/NATIONALITE	
ADDRESS/ADRESSE			
NAME BY WHICH THE CHILD IS MOST FREQUENTLY CALLED/ NOM PAR LEQUEL L'ENFANT EST SOUVENT IDENTIFIE			RELIGION
FATHER'S OR GUARDIAN'S NAME/NOM DU PERE ou TUTEUR			
PHONE NUMBER(S) /NUMERO(S) DE TELEPHONE			
HOME ADDRESS/ADRESSE DU DOMICILE			
EMAIL ADDRESS/ADRESSE DU COURRIEL			
EMPLOYER/EMPLOYEUR			
EMPLOYER'S ADDRESS/ADRESSE DE L'EMPLOYEUR			
MOTHER'S OR GUARDIAN'S NAME/NOM DE LA MERE ou TUTEUR			
PHONE NUMBER/NUMERO DE TELEPHONE			
HOME ADDRESS/ADRESSE DU DOMICILE (If different from above/Si différente de celle ci-haut mentionnée)			
E-MAIL ADDRESS/ADRESSE ELECTRONIQUE			
EMPLOYER/EMPLOYEUR			
EMPLOYER'S ADDRESS/ADRESSE DE L'EMPLOYEUR			
If neither parent nor guardian can be reached in an emergency, contact:/ En cas d'urgence, si le parent ou le tuteur est injoignable, contacter:			
NAME/NOM:		NAME/NOM:	
ADDRESS/ADRESSE:		ADDRESS/ADRESSE:	
PHONE N°/NUM. TEL.:		PHONE NO/NUM. TEL.:	
CHILD'S DOCTOR/MEDECIN DE L'ENFANT :		PHONE NO/NUM. TEL.:	
DOCTOR'S ADDRESS/ADRESSE DU MEDECIN			
CHILD'S DENTIST/DENTISTE DE L'ENFANT PHONE N°/NUM. TEL.			
DENTIST'S ADDRESS/ADRESSE DU DENTISTE			

Please provide any information concerning your child which you think may be helpful to us. (PLAY AND EATING HABITS, FEARS, LIKES AND DISLIKES, CHRONIC HEALTH CONDITIONS & MEDICATIONS – ASTHMA, ALLERGIES, ETC.)/
Veuillez fournir toute information utile concernant l'enfant. (DIVERTISSEMENT & REGIME ALIMENTAIRE, PEURS, PREFERENCES & AVERSIONS, MALADIES CHRONIQUES & MEDICAMENTS – ASTHME, ALLERGIES, ETC.)

Other children in family/Autres enfants dans la famille

Name/Nom	Age	Gender/Sexe	
		Male/M	Female/F

List other adults in the family (relation to child)/Autres adultes dans la famille (relations avec l'enfant).

IMMUNIZATION RECORD/CARNET DE VACCINATION: (Please enter the date of the last immunization/Veuillez indiquer la date du dernier vaccin.)

Immunization/Vaccin	Date
DPT/Diphthérie	
Oral Polio/Polio Oral	
Cholera	

Immunization/Vaccin	
MMR/Rougeole	
Yellow fever/Fièvre Jaune	
Other/Autre	

Should an emergency arise, I hereby give my permission to the school to call a doctor for medical or surgical care for my child. / *En cas d'urgence, j'autorise l'école à faire appel à un médecin pour une éventuelle intervention médicale ou chirurgicale en faveur de mon enfant* _____. It is understood that a conscientious effort will be made to contact me or/ Il est entendu qu'un effort devra être fourni au préalable pour me localiser ou _____ before any action is taken, but if it is not possible to contact me, I will accept this action. I accept all the emergency treatment charges/avant d'entreprendre quelque action que ce soit; mais s'il n'est pas possible de me contacter, j'accepterai toute action entreprise par l'école. Je m'engage donc à m'acquitter des frais d'urgence.

JISK will not be held financially responsible for any injuries during school hours as JISK requests all parents to have medical insurance. / *L'école ne pourra pas être tenue financièrement responsable pour toute blessure survenant pendant les heures des cours tant que JISK demande à tous les parents d'avoir une assurance médicale.*

Signature:	Date:
------------	-------

FIELD TRIPS/VISITES GUIDEES

I give permission for my child to go on trips outside of school premises, whether on foot or by vehicle./ *J'autorise aussi mon enfant d'aller en visite guidée en dehors de l'école, à pied ou en véhicule, sous l'encadrement de l'enseignant.*

Signature:	Date:
------------	-------

PREVIOUS SCHOOL ATTENDED /ECOLE ANTERIEURE

NAME OF PREVIOUS SCHOOL ATTENDED (IF NOT JEWELS)/NOM DE L'ECOLE FREQUENTEE ANTERIEUREMENT (SI PAS JEWELS)	
DATE STUDENT ATTENDED/PERIODE DE FREQUENTATION	From/De _____ To/A _____
GRADE COMPLETED/CLASSE FREQUENTEE	