



Picture

AMERICAN ACADEMY

APPLICATION FOR ADMISSION

Date of Application: _____

Personal Data - Informations personnelles

Student's Last Name: _____
Nom de l'élève

Student's First Name: _____
Prénom de l'élève

Date of Birth (DD/MM/YY): _____ Place of Birth: _____
Date de naissance (Jour/Mois/Année) Lieu de naissance

Nationality: _____ Second Nationality: _____
Nationalité Seconde nationalité

Student's Home Address: _____
Adresse domicile

Student's e-mail: _____
E-mail de l'élève

Languages: (Langues)

Which language did the applicant learn when he or she first began to speak?
Quelle langue le candidat a t-il appris quand il a commencé a parler?

Languages: (Langues)

Which language does the applicant frequently speak at home?
Quelle langue le candidat parle t-il le plus fréquemment a la maison?

Languages: (Langues)

• Candidate Language Skills: Langues du candidat

English:	Understand <input type="checkbox"/> <i>Compris</i>	Speak <input type="checkbox"/> <i>Parlé</i>	Read <input type="checkbox"/> <i>Lu</i>	Write <input type="checkbox"/> <i>Ecrit</i>	N/A <input type="checkbox"/> <i>N/A</i>
French:	Understand <input type="checkbox"/> <i>Compris</i>	Speak <input type="checkbox"/> <i>Parlé</i>	Read <input type="checkbox"/> <i>Lu</i>	Write <input type="checkbox"/> <i>Ecrit</i>	N/A <input type="checkbox"/> <i>N/A</i>
Arabic:	Understand <input type="checkbox"/> <i>Compris</i>	Speak <input type="checkbox"/> <i>Parlé</i>	Read <input type="checkbox"/> <i>Lu</i>	Write <input type="checkbox"/> <i>Ecrit</i>	N/A <input type="checkbox"/> <i>N/A</i>

Personal Data of Parents - Informations personnelles sur les parents

Father's First Name: _____
Prénom du père

Father's Last Name: _____
Nom du père

Nationality: _____
Nationalité

Educational Background: **Undergraduate** **Bachelor** **Master** **PhD**
Niveau Scolaire: Cycle Secondaire Maitrise Master Doctorat

Address (If different than the applicant) _____
Adresse (si différente de celle du candidat)

Tel No: _____
Numéro de téléphone: Mobile

Home Telephone Number: _____
Numéro de téléphone: domicile

Father's E-mail: _____
E-mail du père

Occupation: _____
Profession

Employer's Name: _____
Nom de l'Employeur

Employer's Tel: _____
Tel de L'employeur

Employer's Address:
Address de l'employeur

.....

Mother's First Name: _____

Prénom de la mère

Mother's Last Name: _____

Nom de la mère

Nationality: _____

Nationalité

Educational Background: Undergraduate Bachelor Master PhD

Niveau Scolaire: Cycle Secondaire Maitrise Master Doctorat

Tel No. _____ **Home Telephone Number:** _____

Numéro de téléphone: Mobile

Numéro de téléphone: Domicile

Mother's E-mail : _____

E-mail de la mère

Occupation: _____

Profession

Employer's Name: _____

Nom de l'Employeur

Employer's Tel: _____

Tel de L'employeur

Employer's Address: _____

Address de l'employeur

Marital Status of Parents (*Status marital des parents*):

- **Married** (*Mariés*)
- **Separated** (*Separés*)
- **Divorced** (*Divorcés*)
- **Widowed** (*Veuf*)

Student lives with (*L'enfant vit avec*):

- **Both Parents** (*les deux parents*)
- **Father only** (*le père seulement*)
- **Mother only** (*la mère seulement*)
- **Other** (*autre*)

Sibling Name <i>Nom des frères/soeurs</i>	Date of Birth <i>Date de Naissance</i>	School <i>Ecole</i>

Emergency Contact – (Contact d’urgence)

Emergency Contact: (other than parent): _____
Contact autre que parent

Relation to Child: _____ **Tel :** _____
Relation à l’enfant

Address in Casablanca: _____
Adresse à Casablanca

***In case the above mentioned person is absent, name of the person we can reach:**
En cas d’absence de la personne responsable, nom de la personne à contacter

First and Last Name: _____
(Nom et Prénom)

Relation to Child: _____ **Tel:** _____
Relation à l’enfant

Drop-off/ Pick-up information – (Personne chargée de déposer et récupérer l’enfant)

First and Last Name: _____
(Nom et Prénom)

Relation to Child: _____ **Tel:** _____
Relation à l’enfant

CIN# _____

Health Information - Informations concernant la santé

Pediatrician / Family Doctor’s Name: _____
Nom du pédiatre

Clinic / Address: _____
_____ **Tel:** _____

Allergies to Medications or Food: _____
Allergies aux médicaments / aliments

Medications the Student Regularly Takes at Home: _____
Médicaments que l’élève prend régulièrement à la maison

Chronic Illness or Disease : _____
Maladie ou maladie chronique Please list if your child has ANY type of physical or mental illness.
Veillez indiquer si votre enfant est atteint d’une maladie physique ou mentale.

Educational Background

Historique Scolaire

- School 1 (Most Recent)
Ecole la plus récente:

Enter School Name: _____
Nom de l'école

Country: _____
Pays

School Contact (Director email/phone): _____
Détail du contact/Directeur

School Entry and Exit Date: _____
Date d'entrée/de sortie

Grade Level Completed: _____
Niveaux scolaires réussis

- School 2
Deuxième Ecole

Enter School Name: _____
Nom de l'école

Country: _____
Pays

School Contact (Director E-mail/Phone): _____
Détail du contact/Directeur

School Entry and Exit Date: _____
Date d'entrée/de sortie

Grade Level Completed: _____
Niveaux scolaires réussis

Parent /Guardian Signature _____
Signature des parents / tuteur

Date _____