

# DOC1 - FICHE DE RENSEIGNEMENTS (entrée en 4ème)

## IDENTITE ELEVE

Noms : .....Prénoms : .....Sexe : .....

Né(e) le : ..... à : ..... Pays : ..... Nationalité : .....

**SCOLARITÉ ANNÉE / :** (à remplir par l'administration)

Classe suivie : .....LV1 : Anglais Bilangue Allemand  LV2 Espagnol

Option Latin  Option Anglais  Option Espagnol

Redoublant : Oui  Non  Régime : Demi-pensionnaire  Externe

Transport scolaire : Oui  Non  Lieu de ramassage : .....

Itinéraire de l'élève présente-t-il un risque (Radiers, Eboulis...) : .....

**SCOLARITÉ de l'année dernière** (Nom du collègue) : .....

### **RESPONSABLE LÉGAL 1 et le responsable financier :**

Père / Mère / Tuteur (1) : Nom : ..... Prénoms : .....

Situation (1) : Marié(e) - divorcé(e) - Célibataire - Concubinage - Séparé(e) - PACS -

Profession : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone Domicile : ..... GSM : ..... Travail : .....

MAIL (à fournir obligatoirement) : .....

### **RESPONSABLE LÉGAL 2**

Père / Mère / Tuteur (1) : Nom : ..... Prénoms : .....

Situation (1) : Marié(e) - divorcé(e) - Célibataire - Concubinage - Séparé(e) - PACS -

Profession : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone Domicile : ..... GSM : ..... Travail : .....

### **FRÈRES ET SOEURS DANS L'ÉTABLISSEMENT**

Nombre total d'enfants à charge : .....

Nom	Prénoms	Classe	Régime DP/ EXT
-----	---------	--------	----------------

.....

.....

## SANTÉ ET DISPOSITIONS EN CAS DE SOINS MÉDICAUX URGENTS ET ABSENCE DE L'INFIRMIÈRE

**1** – Votre enfant a-t-il un problème de santé particulier que vous jugerez utile ou important de nous signaler ? Si oui, veuillez le noter ci-dessous ou vous rapprocher de l'infirmière.

**2** – Personnes à contacter en cas d'urgence et autoriser à récupérer l'élève (autres que les Responsables légaux)

⇒ Nom : .....Prénoms : .....Lien : .....

Téléphone domicile : .....GSM : .....Travail : .....

⇒ Nom : .....Prénoms : .....Lien : .....

Téléphone domicile : .....GSM : .....Travail : .....

⇒ Nom : ..... Prénoms : ..... Lien : .....

Téléphone domicile : .....GSM : .....Travail : .....

**3** – Votre enfant a-t-il des problèmes de vue ? Oui  Non

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? Oui  Non

Votre enfant a-t-il des problèmes d'ouïe ? Oui  Non

**Si oui, est-il appareillé ?** Oui  Non

Votre enfant a-t-il des allergies (fruits, crustacés, poissons...) lesquelles : .....

## ASSURANCE

**Responsabilité Civile Familiale avec extension (Nom, Assureur et N° Police)**

**Assurance individuelle élève :**

**DATE :**

**SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL :**

**IMPORTANT :** Tout changement de situation (adresse, numéro de téléphone, régime, etc...) **Doit être signalé IMPÉRATIVEMENT à la Vie Scolaire.**

(1) rayer les mentions inutiles