

DOC1- FICHE DE RENSEIGNEMENTS (entrée en 6ème)

IDENTITE ELEVE

Noms : Prénoms : Sexe :

Né(e) le : à : Pays : Nationalité :

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

Classe suivie : LV1 : Anglais Bilangue Allemand

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 de l'école) :

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, gluten, 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