

DOC1 - FICHE DE RENSEIGNEMENTS (entrée en 4ème)

IDENTITE ELEVE

Noms : Prénoms : Sexe :
Né(e) le : à : Pays : Nationalité :

SCOLARITE 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 collège) :

RESPONSABLE LÉGAL 1 et le responsable financier :

Père / Mère / Tuteur (t) : 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 (t) : 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 : Prénom : 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 IMPERATIVEMENT à la Vie Scolaire.
(1) rayer les mentions inutiles