

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

### IDENTITE ELEVE

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

### SCOLARITE ANNEE / : (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 (Radriers, Ebouls...) : .....

SCOLARITE de l'année dernière (Nom du collège) : .....

### 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