

DOC1- FICHE DE RENSEIGNEMENTS (entrée en 6ème)

IDENTITE ELEVE

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

SCOLARITE 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...) :

SCOLARITE 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) - divorce(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) - divorce(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