



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2020/2021

Photo

Date d'entrée dans l'établissement : __/__/__

Etat civil élève

Nom : _____

Sexe : M F

Prénom : _____

Département de naissance : _____

Date de naissance : _____

Pays de naissance : _____

Commune de naissance : _____

Renseignements scolaires pour l'année à venir

Redoublant : Oui Non

Classe : _____

Régime : _____

Les options de l'élève (5°, 4°, 3°) :

ANGLAIS – ESPAGNOL

ANGLAIS – ALLEMAND

LATIN

Etablissement fréquenté l'an passé

Nom : _____

Classe : _____

Autorité parentale (remplir lisiblement)

Parent(s) responsable(s) : Père Mère Tuteur

Mariés Pacsés Concubins Divorcés Séparés
 Veuf(ve) Célibataire

(Pour les parents divorcés ou séparés, fournir la photocopie de l'acte spécifiant le responsable légal de l'enfant et le droit de garde. Communiquez obligatoirement les renseignements concernant le parent qui n'a pas la garde de l'enfant.)

	Père	Mère
Nom – Prénom		
Adresse		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Adresse mail*		
Profession Employeur Téléphone travail		

*l'adresse mail est indispensable pour la communication d'informations importantes, merci de veuillez à ce quelle soit lisible.

Famille :

Nombre d'enfant à charge : _____

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	ETABLISSEMENT SCOLAIRE	CLASSE

Scolarité :

Etude du soir (16h40-17h30) : Lundi Mardi Jeudi

Demi-pensionnaire : Oui Non

Transports scolaires : Oui Non

Demande de bourse collège : Oui Non

Adhésion APEL : Oui Non

Adhésion A.S.S.M : Oui Non

Santé/urgence :

Nom et numéro du médecin traitant : _____

Vaccin obligatoire à l'admission Fournir un justificatif de vaccination. *(La vaccination antitétanique nécessite un rappel tous les 5 ans.)*

Date dernier rappel D.T.P : _____ **Prochain rappel :** _____

Observations particulières que vous jugerez utile de porter à la connaissance de l'établissement :

Précautions particulières – allergies	
Traitement suivi régulièrement (hors école)	
Contre-indications médicales éventuelles	
L'établissement doit-il mettre en place ou prolonger un P.A.I (maladies chroniques : asthme, diabète, hyperactivité,...)	
Suivi extérieur (orthophoniste, CMPP, psychomotricien, etc...)	
Autre	

Ces informations sont non confidentielles. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin scolaire

En cas d'urgence, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Au cas où vous êtes injoignables, merci de nous indiquer des personnes à contacter :

	1 ^{ère} personne	2 ^{ème} personne	3 ^{ème} personne
Nom – Prénom			
Lien avec l'enfant			
Téléphone			

J'atteste que les renseignements donnés ci-dessus sont exacts.

Je m'engage à informer l'établissement de tout changement pouvant survenir en cours d'année.

Signatures :

Père

Mère

Tuteur