



## FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

Merci de  
coller une  
photo

NOM : Prénom :  
Date de naissance : Lieu de naissance :  
Nombre de frère(s) : Nombre de sœur(s) :

Classe demandée : .....  
L'élève suit-il déjà des cours de latin ( pour les 5, 4 et 3èmes) ?.....  
Pour les 5<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup>, choix de la deuxième langue vivante :  allemand  
 espagnol

Établissement fréquenté actuellement : .....

Baptisé(e)  *oui*  *non*  
Confirmé(e)  *oui*  *non*  
Communiant  *oui*  *non*  
Inscrit(e) au catéchisme  *oui* à : .....  *non*

Adresse (au crayon si vous déménagez d'ici la rentrée) : .....  
.....

Tél. fixe : .....

**Père :** Nom : ..... Profession : .....  
Prénom : .....  
Tél. portable : ..... Tél. prof. : .....

**Mère :** Nom : ..... Profession : .....  
Prénom : .....  
Tél. portable : ..... Tél. prof. : .....

Adresse électronique : .....

Monsieur ou Madame : ..... se propose d'être disponible pour les tâches suivantes au profit de l'école (entretien des locaux, surveillance des études, accompagnements, etc).



**CONFIDENTIEL MEDICAL**

Nom :

Prénom :

Classe :

**En cas d'accident grave** survenant à votre enfant pendant les heures scolaires, à quel numéro de téléphone **autre que ceux mentionnés ci-dessus** peut-on vous appeler pour vous prévenir ?

Tél : .....

Donnez **les coordonnées d'un ami ou d'un parent** à joindre le cas échéant

M/Mme ..... tél : .....

**Au cas où il serait impossible de vous joindre, autorisez-vous la personne responsable à prendre les mesures d'urgence qu'elle estimerait nécessaires**  **oui**  **non**

**Nom et numéro de téléphone du médecin de l'enfant** : .....

**Problèmes médicaux à signaler** (allergie, asthme, port de lunettes...) : .....

.....

**Si l'enfant est asthmatique**, fournir une **ordonnance** du médecin (autorisant la personne responsable à donner de la ventoline) et de la **ventoline** que l'enfant doit toujours avoir avec soi.

Date des dernières **vaccinations** : DT polio ou tétracoq ou pentacoq : .....

BCG : ..... Autres (précisez) : .....

Fait à :

le :

Signature du représentant légal