



FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

Merci de
coller une
photo

NOM : _____ Prénoms : _____
 (merci d'indiquer tous les prénoms)
 Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____
 Département de naissance : _____ N° arrondissement : _____
 N° d'INE : _____
 Nombre de sœur(s) : _____ Nombre de frère(s) : _____

Classe demandée :

L'élève suit-il déjà des cours de latin (pour une inscription en 5ème, 4ème ou 3ème) ?

Pour les 5^{ème}, 4^{ème} et 3^{ème}, choix de la deuxième langue vivante : allemand
 espagnol

Établissement fréquenté actuellement :

N° d'immatriculation de l'établissement :

Privé Hors contrat Public

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 : Catégorie socio-professionnelle :
 Tél. portable : Tél. prof. :

Mère : Nom : Profession :
 Prénom : Catégorie socio-professionnelle :
 Tél. portable : Tél. prof. :

Adresse mail :



CONFIDENTIEL MEDICAL

Nom :

Prénom :

Classe :

En cas d'accident grave, survenant à votre enfant pendant les heures scolaires, le collège s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. A 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, précautions particulières à prendre...)

.....
.....

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** (merci de joindre la photocopie du carnet de santé de l'enfant) :

DT polio ou tétracoq ou pentacoq : BCG :

Autres (précisez) :

Fait à :

le :

Signature du représentant légal