

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 1^{ère} Rénové 2022-2023



« C'est le temps que tu as perdu pour ta rose qui fait ta rose si importante » Antoine de Saint-Exupéry

Collège Saint Guibert
Place de l'Ormeau, 21
5030 Gembloux
Tél : 081 / 62.64.80

IDENTITE DE L'ELEVE

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité : Garçon / Fille *

Adresse de l'élève :

Rue, N° :

Code postal : Localité :

N° registre national : (Voir carte d'identité)

PARENTS – RESPONSABLES

Tout courrier sera envoyé au(x) responsable(s) de l'élève : Parents – Père – Mère – Autre Personne *

Nom et prénom du **père** :

Adresse (*si différente de l'élève*) :

Profession :

Tél privé : GSM :

Tél professionnel : Courriel :

L'adresse mail peut être communiquée à l'Association de Parents : oui : non

Nom et prénom de la **mère** :

Adresse (*si différente de l'élève*) :

Profession :

Tél privé : GSM :

Tél professionnel : Courriel :

Si **autre personne responsable** : Lien de parenté/institution

Nom et Prénom :

Adresse (*si différente de l'élève*) :

Profession :

Tél privé : GSM :

Tél professionnel : Courriel :

ETUDES ANTERIEURES

Année	Ecole
2021-2022	<p><u>Année</u> : <u>Titulaire</u> :</p> <p><u>Nom de l'école</u> :</p> <p><u>Adresse</u> :</p> <p><u>Frère(s) et/ou sœur(s) dans le secondaire</u> :</p>

CHOIX DE LANGUE

Cocher une seule case :

- Néerlandais 4H/S
- Anglais 4H/S
- Projet Langue Néerlandais 6H/S (inscription par téléphone dès le 15/03 à 9h)
- Projet Langue Anglais 6H/S (inscription par téléphone dès le 15/03 à 9h)
- Immersion Néerlandais 4H/S

RENSEIGNEMENTS SANTE

Veillez indiquer ici les points éventuels concernant la santé de votre enfant sur lesquels vous désirez attirer l'attention des professeurs, des éducateurs ou de la direction :

.....

.....

.....

Nom du médecin de famille :

Téléphone :

RENSEIGNEMENTS BESOINS SPECIFIQUES

<input type="checkbox"/> Dyslexie	<input type="checkbox"/> Dyscalculie	<input type="checkbox"/> Dysgraphie	<input type="checkbox"/> Dysorthographe
<input type="checkbox"/> Dyspraxie	<input type="checkbox"/> TDA	<input type="checkbox"/> HP	<input type="checkbox"/> Intégration
<input type="checkbox"/> Bilan Logo	<input type="checkbox"/> Bilan Neuro-Psy		

SOUHAITS EVENTUELS

Indiquer les **noms et prénoms** de 3 copains ou copines qu'il/elle aimerait retrouver :

1.
2.
3.

Signature des responsables de l'élève : Parents – Père – Mère – Autre Personne *

.....

.....

