

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

1^{ère} Rénové 2024-2025

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

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

NOM : _____	PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : ___ / ___ / ___	LIEU DE NAISSANCE : _____
N° REGISTRE NATIONAL : _____ - _____ . _____	SEXE : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
NATIONALITÉ : _____	GSM : _____ / _____
ADRESSE : _____	N° : _____
CODE POSTAL : _____	LOCALITÉ : _____

PARENTS / RESPONSABLES

À QUI POUVONS-NOUS ENVOYER LES COMMUNICATIONS DE L'ÉCOLE ? :

PARENTS PÈRE MÈRE AUTRE PERSONNE

PÈRE

NOM : _____	PRÉNOM : _____	
ADRESSE (si différente de l'élève) : _____		
N° : _____	CODE POSTAL : _____	LOCALITÉ : _____
PROFESSION : _____	GSM : _____ / _____	
TÉL. PRIVÉ : _____ / _____	TÉL. PROFESSIONNEL : _____ / _____	
COURRIEL : _____		

MÈRE

NOM : _____	PRÉNOM : _____	
ADRESSE (si différente de l'élève) : _____		
N° : _____	CODE POSTAL : _____	LOCALITÉ : _____
PROFESSION : _____	GSM : _____ / _____	
TÉL. PRIVÉ : _____ / _____	TÉL. PROFESSIONNEL : _____ / _____	
COURRIEL : _____		

SI AUTRE PERSONNE RESPONSABLE

NOM : _____	PRÉNOM : _____
LIEN DE PARENTÉ / INSTITUTION : _____	
GSM : _____ / _____	COURRIEL : _____

ÉTUDES ANTÉRIEURES

ANNÉE	ÉCOLE
2023 - 2024	CLASSE : _____ NOM DE L'ÉCOLE : _____ ADRESSE : _____ NOM(S) FRÈRE(S) / SŒUR(S) DANS LE SECONDAIRE : _____ _____

CHOIX DE LA LANGUE

⚠ Ne cocher qu'une seule case

- NÉERLANDAIS 4h/s
- ANGLAIS 4h/s
- PROJET LANGUE NÉERLANDAIS 6h/s (Inscription par téléphone dès le 13.03 à 9h00)
- PROJET LANGUE ANGLAIS 6h/s (Inscription par téléphone dès le 13.03 à 9h00)
- IMMERSION NÉERLANDAIS 4h/s

RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ

Veuillez 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 : _____ N° DE TÉLÉPHONE : _____ / _____

RENSEIGNEMENTS BESOINS SPÉCIFIQUES

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> DYSLEXIE | <input type="checkbox"/> DYSCALCULIE | <input type="checkbox"/> DYSGRAPHIE | <input type="checkbox"/> DYSORTHOGRAPHIE |
| <input type="checkbox"/> DYSPRAXIE | <input type="checkbox"/> DYSPHASIE | <input type="checkbox"/> TDA | <input type="checkbox"/> TDA / H |
| <input type="checkbox"/> HP | <input type="checkbox"/> INTÉGRATION | | |

Merci de nous transmettre les bilans relatifs aux besoins spécifiques :

- BILAN LOGO BILAN NEURO-PSY

SOUHAITS ÉVENTUELS

Indiquez les NOMS et PRÉNOMS de 3 copains ou copines qu'il / elle aimerait retrouver :

1. NOM : _____ PRÉNOM : _____
2. NOM : _____ PRÉNOM : _____
3. NOM : _____ PRÉNOM : _____

REMARQUE(S) : _____

Signature des responsables de l'élève : PARENTS PÈRE MÈRE AUTRE PERSONNE