

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

1^{ère} Rénové 2025 - 2026

*« 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 : M F

NATIONALITÉ : _____ GSM : _____ / _____

ADRESSE : _____ N° : _____

CODE POSTAL : _____ LOCALITÉ : _____

PARENTS / RESPONSABLES

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

PARENTS PARENT 1 PARENT 2 AUTRE PERSONNE

PARENT 1

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (si différente de l'élève) : _____

N° : _____ CODE POSTAL : _____ LOCALITÉ : _____

PROFESSION : _____ GSM : _____ / _____

TÉL. PRIVÉ : _____ / _____ TÉL. PROFESSIONNEL : _____ / _____

COURRIEL : _____

PARENT 2

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	
2024 - 2025	CLASSE : _____ NOM DE L'ÉCOLE : _____ ADRESSE : _____ NOM(S) FRÈRE(S) / SŒUR(S) AU COLLÈGE : _____ _____

CHOIX DE LA LANGUE

⚠ Choisir la même langue que celle suivie en 6^e primaire - Ne cocher qu'une seule case

- NÉERLANDAIS 4h/s
 ANGLAIS 4h/s
 PROJET LANGUE NÉERLANDAIS 6h/s
 PROJET LANGUE ANGLAIS 6h/s
 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 PARENT 1 PARENT 2 AUTRE PERSONNE
