

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

1^{ère} Rénové 2026 - 2027

« 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	
2025 - 2026	CLASSE : _____ NOM DE L'ÉCOLE : _____ ADRESSE : _____ NOM(S) FRÈRE(S) / SŒUR(S) EN SECONDAIRE AU COLLÈGE : _____ _____

LANGUE SUIVIE EN PRIMAIRE

<input type="checkbox"/> NÉERLANDAIS
<input type="checkbox"/> ANGLAIS
<input type="checkbox"/> IMMERSION NÉERLANDAIS

RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ

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 : _____ 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"/> TDAH
<input type="checkbox"/> HP	<input type="checkbox"/> TSA	<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 2 copains ou copines qu'il / elle aimerait retrouver :

[Notez que pour augmenter les chances de se retrouver, les noms doivent correspondre aux fiches des copains/copines]

1. NOM : _____ PRÉNOM : _____

2. NOM : _____ PRÉNOM : _____

REMARQUE(S) : _____

Signature(s) du/des responsable(s) de l'élève : PARENTS PARENT 1 PARENT 2 AUTRE PERSONNE