

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

1<sup>ère</sup> 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