

**DOSSIER D'INFORMATIONS**

**-ELEVE :**

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

SEXE : Masculin  Féminin

Date et lieu de naissance \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ code postal \_\_\_\_\_

Classes et établissements fréquentés les années scolaires passées :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Religion : \_\_\_\_\_

**-REGIME SCOLAIRE :**

DEMI-PENSIONNAIRE

EXTERNE

Classe demandée : \_\_\_\_\_

Langues vivantes étudiées :

1<sup>ère</sup> langue : ANGLAIS

2<sup>ème</sup> langue : ALLEMAND  ESPAGNOL

Enseignement complémentaire : latin

Transport : car scolaire  arrêt \_\_\_\_\_ véhicule particulier

Etude du soir : oui  non

**-FAMILLE :**

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom		
Prénom		
adresse		
email		
Tél fixe		
Tél portable		
Tél prof		
profession		

Situation matrimoniale des parents : \_\_\_\_\_

En cas de séparation /divorce, type de garde : \_\_\_\_\_

Adresse de l'autre parent : \_\_\_\_\_

Frères et sœurs :

	NOM	PRENOM	DATE NAISSANCE
N°1			
N°2			
N°3			
N°4			

**-FICHE MEDICALE :**

Traitement suivi par l'élève : \_\_\_\_\_

Suivi particulier : \_\_\_\_\_

Allergies ou autre pathologie (avec ou sans PAI) \_\_\_\_\_

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAP ou d'un PPS ?    oui        non   

Régime alimentaire (élève demi-pensionnaire, joindre un certificat médical) : \_\_\_\_\_

Port de lunettes :    oui        non   

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Education physique et sportive :    autorisée        non autorisée   

(joindre la dispense sur certificat médical)

**LOISIRS :**