

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 : _____

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 :