

Cercle scolaire de Châtel-St-Denis
Nouvel/le élève
Informations personnelles

INFOS ENFANT :

Nom, prénom	
<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	
Date de naissance	
Adresse exacte	
Nationalité	
Langue maternelle	
Religion	Suit-il/elle l'ens. religieux ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Numéro AVS	
Prénom des frères et sœurs	
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Conjointe <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère
Date d'arrivée	
Venant de	
Ancienne adresse	
Degré de scolarité à ce jour	

INFOS SANTE

Médicaments à prendre durant le temps de classe	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui :
Allergies	Alimentaires : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : Quel(s) médicament(s) l'enfant a avec lui en classe :
	Autres : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : Quel(s) médicament(s) l'enfant a avec lui en classe :

SUIVI PARTICULIER :

Mon enfant suit un traitement particulier :	<input type="checkbox"/> Logopédie depuis le :
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Psychologie depuis le :
<input type="checkbox"/> Oui (veuillez préciser à droite)	<input type="checkbox"/> Psychomotricité depuis le :
	<input type="checkbox"/> Autre :

INFOS PARENTS OU SOUTIEN LEGAL

	<u>Père</u>	<u>Mère</u>
Nom, prénom		
Date de naissance		
Numéro AVS		
Nationalité		
Adresse exacte		
Profession		
Tél. privé		
Tél. professionnel		
Natel		
E-mail		

Acceptez-vous que vos numéros de téléphone soient transmis aux parents des camarades de classe de votre enfant ? (Cochez ce qui convient).

☐ Oui

☐ Non

Lieu : _____, le _____ Signature :