

**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**

	<b><u>Père</u></b>	<b><u>Mère</u></b>
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 :