



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Année 2021 - 2022



PHOTO

L'ELEVE

Nom et prénom de l'élève : Sexe : ☐ M ☐ F

Né(e) le/...../..... à N° Département : Nationalité :

Classe demandée :

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? .. ☐ Oui, Précisez : ☐ Non

Régime : ☐ Externe

☐ Demi-pension 4 Jours ☐ Panier repas

Garderie : ☐ Garderie matin ☐ Garderie soir

Adresse :

Code postal : Ville :

Tel domicile :

Autorisation droit à l'image : ☐ Oui ☐ Non (cf document autorisation droit à l'image)

Autorisation de sorties scolaires : ☐ Oui ☐ Non (cf document autorisation sorties scolaires)

LES RESPONSABLES

*(entourer la mention)

Situation familiale* :

célibataire union libre pacsés mariés séparés divorcés veuf

(autorité parentale conjointe : oui / non)

Père de l'enfant

Mère de l'enfant

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente de l'enfant) :

.....

N° domicile :

N° portable :

Profession :

N° travail :

E-Mail:

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente de l'enfant) :

.....

N° domicile :

N° portable :

Profession :

N° travail :

E-Mail:

Indiquer ici les coordonnées d'autres personnes à prévenir **en cas d'urgence** – dans l'ordre de priorité

1.Nom et Prénom (qualité) : N° Téléphone :

2.Nom et Prénom (qualité) : N° Téléphone :

Scolarité :

Date d'entrée dans l'établissement :

Etablissement d'origine : ☐ Public Classe :
☐ Privé

Adresse :

Redoublement : ☐ Oui ☐ Non

Autres classes redoublées :

Primaire : Choix du Parcours de langue ☐ Anglais ☐ Espagnol**Etablissement(s) fréquenté(s) les dernières années (ordre du plus récent au plus ancien):**

Année scolaire	Classe	Nom de l'établissement	Commune

Diverses informations :

Nom Prénom des frères / sœurs	Date de naissance	Classe	Etablissement fréquenté

Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

Tel:

Date :

Signature des parents :