

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(A remplir très lisiblement en noir foncé, y compris pour l'adresse mail, à renseigner obligatoirement.)

TYPE D'ENSEIGNEMENT CHOISI

Bilingue (12h en français/ 12h en allemand. Engagement jusqu'au collège au moins)

Classique (En français avec une initiation de trois heures en allemand dès la MS)

ELEVE

NOM : _____ **Prénom :** _____ **Sexe :** F M

Né(e) le : _____ **à :** _____

Nationalité : _____

Problème de santé (allergie, problème auditif, de vue, etc.) :

Suivi en orthophonie, psychomotricité, psychothérapie :

RESPONSABLES LEGAUX

MERE : _____ **Autorité parentale :** Oui Non

NOM : _____ **Prénom :** _____

Profession : _____ **Situation familiale (2) :** _____

Adresse : _____

Code postal : _____ **Commune :** _____

Tél. fixe : _____ **Tél. portable :** _____

Courriel : _____

Tél. professionnel : _____

PERE : _____ **Autorité parentale :** Oui Non

NOM : _____ **Prénom :** _____

Profession : _____ **Situation familiale (2) :** _____

Adresse : _____

Code postal : _____ **Commune :** _____

Tél. fixe : _____ **Tél. portable :** _____

Courriel : _____

Tél. professionnel : _____

PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'URGENCE :

NOM : _____ **Prénom :** _____

Lien avec l'enfant : _____ **Tél. :** _____

NOM : _____ **Prénom :** _____

Lien avec l'enfant : _____ **Tél. :** _____

Nom du médecin de l'enfant : _____ **Tél. :** _____

INFORMATIONS PERISCOLAIRES

NOURRICE : **NOM :** _____ **Prénom :** _____ **Tél. :** _____

ACCUEIL PERISCOLAIRE : Oui Non

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT APRES LA CLASSE :

NOM : _____ **Prénom :** _____ **Tél. :** _____

NOM : _____ **Prénom :** _____ **Tél. :** _____

NOM : _____ **Prénom :** _____ **Tél. :** _____

NOM : _____ **Prénom :** _____ **Tél. :** _____

(En cas de changement, même ponctuel, une autorisation écrite de votre part avec mention de la personne à qui sera confié votre enfant, de la date et de l'heure sera nécessaire.)

(2) Célibataire-Marié(e)-Veuf(ve)-Divorcé(e)-Séparé(e)-Concubin(e)-Pacsé(e)