



FICHE D'IDENTITE DE L'ELEVE / BULLETIN D'INSCRIPTION

(Merci d'écrire en caractères d'imprimerie)

ENFANT	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin
Nationalité :	
Numéro AVS : 756. (Information à trouver sur la carte d'assurance maladie)	
Langue maternelle (ou dans laquelle l'enfant s'exprime le mieux) <input checked="" type="checkbox"/> :	
<input type="checkbox"/> français	<input type="checkbox"/> espagnol <input type="checkbox"/> italien <input type="checkbox"/> albanais <input type="checkbox"/> allemand <input type="checkbox"/> portugais
<input type="checkbox"/> anglais	<input type="checkbox"/> serbe <input type="checkbox"/> croate <input type="checkbox"/> autre - préciser :
Pour les élèves étrangers, pays d'origine :	
Pour les élèves suisses, canton d'origine : et commune d'origine :	
Confession <input checked="" type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> catholique <input type="checkbox"/> protestant <input type="checkbox"/> orthodoxe	
<input type="checkbox"/> musulman <input type="checkbox"/> sans confession <input type="checkbox"/> autre - préciser :	
Remarques (santé, allergies, médicaments, divers, etc.) :	
Mon enfant bénéficie déjà d'un suivi :	
<input type="checkbox"/> logopédique	<input type="checkbox"/> en psychomotricité
<input type="checkbox"/> de l'office éducatif itinérant (Oei) :	
<input type="checkbox"/> autre suivi particulier (CDTEA, ...) :	

PARENT 1	PARENT 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Adresse (Rue et No) :	Adresse (Rue et No) :
No postal Localité :	No postal Localité :
☎ privé :	☎ privé :
☎ portable :	☎ portable :
✉ E-mail :	✉ E-mail :
Quel numéro souhaitez-vous voir figurer sur la chaîne téléphonique ?	
Représentant-e-s légal-e-s <input checked="" type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> Parent 1 et Parent 2	
<input type="checkbox"/> Parent 1 uniquement <input type="checkbox"/> Parent 2 uniquement	
Ecole suivie actuellement à : Degré :	

Date : Signature des parents
(ou du/de la représentant-e légal-e) :



Veillez également, pour compléter nos dossiers, nous fournir les précieux renseignements ci-après :

CONTACT

En cas d'absence des parents, merci de contacter :

Nom et prénom : ☎ :

GARDE

En cas de garde de l'enfant par une personne extérieure à la famille (maman de jour, grands-parents, crèche) veuillez indiquer...

Nom et prénom : ☎ :

Les jours concernés par cette garde :

SANTE

Votre enfant a-t-il un problème de santé particulier (asthme...) ? oui non

Si oui, préciser :

RESTRICTIONS ALIMENTAIRES ET ALLERGIES

Votre enfant peut-il consommer tous les aliments ? oui non

Si non, préciser ?

Souffre-t-il d'allergies ? oui non

Si oui, préciser ?

Date :

Signature des parents :