

B Données personnelles de votre enfant :

b.1 Nom : _____
 Nom usuel : _____

b.2 Prénom : _____ F G
 Prénom usuel : _____

b.3 Adresse : _____

b.4 Date de naissance : _____

b.5 Lieu de naissance : _____

b.6 Pays de naissance : _____

b.7 Nationalité : _____

b.8 **Merci de prendre contact avec le contrôle des habitants de votre commune de domicile pour tout changement concernant les données ci-dessus.**

C Représentants Légaux

⇒ **Merci de transmettre tout changement, en particulier le n° de téléphone d'urgence, au secrétariat**

c.1	Politesse :	_____		
c.2	Nom :	_____		
c.3	Prénom :	_____		
c.4	Adresse :	<input type="checkbox"/> identique enfant		
	<i>Si différente :</i>	Rue	_____	
		NPA + localité	_____	Tél. urgence
c.5	Contacts	Tél. :	_____	<input type="checkbox"/> Oui
		Portable:	_____	<input type="checkbox"/> Oui
		Tél. prof. :	_____	<input type="checkbox"/> Oui
		E-mail :	_____	
	Lien de parenté / autre :	<input type="checkbox"/>		

Père / Représentant légal 1

	Représ. légal :	_____		
c.6	Politesse	_____		
c.7	Nom :	_____		
c.8	Prénom :	_____		
c.9	Adresse :	<input type="checkbox"/> identique enfant		
	<i>Si différente :</i>	Rue	_____	
		NPA + localité	_____	Tél. urgence
c.10	Contacts	Tél. :	_____	<input type="checkbox"/> Oui
		Portable :	_____	<input type="checkbox"/> Oui
		Tél. prof. :	_____	<input type="checkbox"/> Oui
		E-mail :	_____	
	Lien de parenté / autre :	<input type="checkbox"/>		

Mère / Représentant légal 2

Nom de l'élève : _____

Prénom de l'élève : _____

D Information complémentaire relative à l'enfant

d.1 Langue maternelle : _____

d.2 Autre langue(s) parlée(s) : _____

d.3 Autre(s) information(s) jugée(s) pertinente(s) pour le suivi pédagogique : _____

*dyslexie avérée, HPI,
suivi psychologique,
suivi logopédique,
aménagement
pédagogiques, autre ...*

FACULTATIF

E Frère(s) et sœur(s)

e.1	Nom – Prénom	Date de naissance	Genre
		__ / __ / ____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G
		__ / __ / ____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G
		__ / __ / ____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G
		__ / __ / ____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G

F/G Autre personne de contact en cas d'urgence

f.2 Prénom : _____

f.2 Adresse : Rue _____

NPA + localité _____ Tél. urgence _____

f.4 Contacts Tél. : ____ / ____ . ____ . ____ Oui

Portable : ____ / ____ . ____ . ____ Oui

Remarque(s) : _____

FACULTATIF

En cas de questions, n'hésitez pas à joindre le secrétariat de l'Etablissement : ☎ 024 557 23 60

 Date : _____ Signature d'un des parents
(ou de son/sa représentant-e légal-e) : _____

Les données récoltées seront utilisées à des fins d'organisation scolaire et de suivi pédagogique conformément à l'article 44 de la LEO et seront traitées au sein de l'établissement conformément à la législation en vigueur, notamment les Art. 5 à 11 de la LPrD.