

Fiche de l'élève

Renseignements concernant l'élève

Nom :	Prénom :
Né-e le :	Classe et nom de l'enseignant/e :
Adresse exacte :	
Tél. domicile :	
Tél. à faire figurer sur la chaîne téléphonique avec le nom (si vous ne souhaitez pas que vos numéros de téléphones figurent sur la chaîne téléphonique, veuillez en informer l'enseignant-e de votre enfant). (Changements de n° de tél. à communiquer au maître de classe et au secrétariat)	
Nationalité :	Lieu ou pays d'origine :
Langue maternelle :	Autre langue maternelle :
L'enfant parle français : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Renseignements concernant les parents et la famille

Situation de famille : (mariés, célibataire, divorcés, etc...)	Autorité parentale :		
Nom et prénom du parent 1 :	Nom et prénom du parent 2 :		
Profession du parent 1 :	Profession du parent 2 :		
Adresse du parent 1 (si différente de l'élève) :	Adresse du parent 2 (si différente de l'élève) :		
Tél. mobile du parent 1 :	Tél. mobile du parent 2 :		
Tél. prof. du parent 1 :	Tél. prof. du parent 2 :		
E-Mail du parent 1 :	E-Mail du parent 2 :		
Le parent 1 parle français	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Le parent 2 parle français	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Le parent 1 parle une autre langue :		Le parent 2 parle une autre langue :	

Frères et sœurs

Nom et prénom :	Date de naissance :
Nom et prénom :	Date de naissance :
Nom et prénom :	Date de naissance :

Renseignements concernant les moyens de garde

Maman de jour <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	UAPE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nom, adresse et tél. maman de jour :	Nom, adresse et tél. UAPE :
Jour(s) de présence chez la maman de jour :	Jour(s) de présence à l'UAPE :
<input type="checkbox"/> LU matin <input type="checkbox"/> LU après-midi <input type="checkbox"/> MA matin <input type="checkbox"/> MA après-midi <input type="checkbox"/> ME matin <input type="checkbox"/> ME après-midi <input type="checkbox"/> JDE matin <input type="checkbox"/> JE après-midi <input type="checkbox"/> VE matin <input type="checkbox"/> VE après-midi	<input type="checkbox"/> LU matin <input type="checkbox"/> LU après-midi <input type="checkbox"/> MA matin <input type="checkbox"/> MA après-midi <input type="checkbox"/> ME matin <input type="checkbox"/> ME après-midi <input type="checkbox"/> JE matin <input type="checkbox"/> JE après-midi <input type="checkbox"/> VE matin <input type="checkbox"/> VE après-midi

A ne remplir que si le représentant légal n'est pas un des parents

Nom :	Prénom :
N° de téléphone :	
Adresse complète :	
Motif :	

Etat physique de l'enfant:

L'enfant a-t-il été gravement malade ? :	Date :
Précisions éventuelles :	
L'enfant a-t-il des séquelles ? Si oui, à préciser :	
A-t-il été victime d'un accident ? :	Date :
Précisions éventuelles :	
L'enfant a-t-il des séquelles ? Si oui, à préciser :	

Suivis

L'élève est-il / a-t-il été suivi	par un(e) psychologue	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> suivi terminé	<input type="checkbox"/> suivi en cours Nom du thérapeute : _____
	par un(e) psychomotricien(ne)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> suivi terminé	<input type="checkbox"/> suivi en cours Nom du thérapeute : _____
	par un(e) pédopsychiatre	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> suivi terminé	<input type="checkbox"/> suivi en cours Nom du thérapeute : _____
	par un(e) logopédiste	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> suivi terminé	<input type="checkbox"/> suivi en cours Nom du thérapeute : _____
	par un(e) ergothérapeute	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> suivi terminé	<input type="checkbox"/> suivi en cours Nom du thérapeute : _____
	Autre (à préciser): _____	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> suivi terminé	<input type="checkbox"/> suivi en cours Nom du thérapeute : _____

Autres faits qui auraient une incidence sur la scolarité: (mettre une croix dans les carrés correspondant à vos réponses)		Autres faits actuels à signaler: (mettre une croix dans le(s) carrés correspondant à vos réponses)	
Ecrit de la main gauche ou droite	G <input type="checkbox"/> - D <input type="checkbox"/>	Allergie (à préciser): _____	<input type="checkbox"/>
Doit porter des lunettes	<input type="checkbox"/>	Eczéma	<input type="checkbox"/>
Difficultés d'audition	<input type="checkbox"/>	Faiblesse de vessie	<input type="checkbox"/>
Tendance au bégaiement	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>
Dyslexie	<input type="checkbox"/>	Situation de handicap ?	<input type="checkbox"/> _____
Dyspraxie	<input type="checkbox"/>	Handicap à la gymnastique (à préciser)	<input type="checkbox"/> _____
Dysorthographie	<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>
Dyscalculie	<input type="checkbox"/>	Rhume des foins	
Haut potentiel intellectuel	<input type="checkbox"/>	Médicament à prendre en cas d'urgence (à préciser)	
Hyperactivité	<input type="checkbox"/>	Autre	
Daltonisme	<input type="checkbox"/>		
Déficit d'attention	<input type="checkbox"/>		
Autre (à préciser): _____	<input type="checkbox"/>		

Nous vous prions d'informer l'enseignant(e) de tout événement important survenu dans la vie de votre enfant (divorce, maladie, décès,...) et qui peut avoir une incidence sur la scolarité de l'élève. Si un événement important survient pendant l'année scolaire, merci d'en informer l'enseignant(e).

A remettre au maître de classe le jour de la rentrée