

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

NOM : Prénoms : (merci d'indiquer tous les pr		rénoms :	les prénoms)	Merci de coller une photo
Date de na	aissance :		Lieu de naissance :	
			N° arrondissement :	
	le sœur(s) :		Nombre de frère(s) :	
	mandée :			
	_	***	une inscription en 5ème, 4ème ou 3ème) ? ième langue vivante : □ allemand	
roul les 3	,4 813	, choix de la deux		
Établissen	nent fréquen	té actuellement :	□ espagnol	
	•	de l'établissement :		
Privé □	Н	ors contrat □	Public □	
		_		
Baptisé(e)		□ non _		
	(e) □ oui	□ non		
	ant □ <i>oui</i>	□ non		
Inscrit(e) a	au catéchism	e □ <i>oui à :</i> .	□ non	
Adresse (a	au crayon si v	ous déménagez d'ici	i la rentrée) :	
Tél . fixe :	:			
Père :	Nom:		Profession :	
	Tél. portable	e:	Tél. prof. :	
Mère :	Nom :		Profession:	
	Prénom :		Catégorie socio-professionnelle :	
	Tél. portable	e:	Tél. prof. :	
Adresse m	nail:			



CONFIDENTIEL MEDICAL

Nom: Prénom: Classe:

En cas d'accident gra	ave, survenant à votre enfant	pendant les heures scolaires, le collège s	'efforce de
prévenir la famille p	oar les moyens les plus rapid	les. A quel numéro de téléphone autre	que ceux
mentionnés ci-dessus	s peut-on vous appeler pour vou	us prévenir ?	
Tél :			
Donnez les coordonn	ées d'un ami ou d'un parent à j	joindre le cas échéant	
M/Mme		tél :	
Au cas où il serait in	npossible de vous joindre, aut	torisez-vous la personne responsable à p	rendre les
mesures d'urgence q	u'elle estimerait nécessaires 🗆	oui 🗆 non	
Nom et numéro de té	eléphone du médecin de l'enfai	nt :	
		rt de lunettes, précautions particulières à p	
Si l'enfant est asthm	atique, fournir une ordonnanc	e du médecin (autorisant la personne res	ponsable à
donner de la ventolin	e) et de la ventoline que l'enfar	nt doit toujours avoir avec soi.	
Date des dernières va	ccinations (merci de joindre la	n photocopie du carnet de santé de l'enfar	n t) :
DT polio ou tétracoq	ou pentacoq :	BCG :	
Autres (précisez) :			
		Signature du représentant	légal
Fait à :	le :		3