



## ÉLÈVE

Nom	_____	Prénom	_____
N° AVS	_____		
Sexe	<input type="checkbox"/> garçon <input type="checkbox"/> fille	Date de naissance	____. ____ . ____
Adresse	_____		
Npa et domicile	_____		
Langue maternelle	_____	Deuxième langue	_____
Nationalité (s)	_____	Religion	_____
Latéralisation	<input type="checkbox"/> gaucher <input type="checkbox"/> droitier <input type="checkbox"/> ambidextre <input type="checkbox"/> non déterminé		

## PARENTS

	PÈRE	MÈRE
Nom et prénom	_____	_____
Date de naissance	_____	_____
Adresse	_____	_____
NPA et Domicile	_____	_____
Pour les nouveaux arrivants, ancienne adresse		
Profession	_____	_____
Tél privé	_____	_____
Portable	_____	_____
Adresse mail	_____	_____
Téléphone(s) durant les heures de classe	_____	_____
Situation familiale particulière		
Responsable(s) légal (légaux)	<input type="checkbox"/> le père <input type="checkbox"/> la mère <input type="checkbox"/> les deux <input type="checkbox"/> autre _____	

## FRATRIE

Prénom(s) et date(s) de naissance des frères et soeurs

Prénom	Date de naissance jj.mm.aaaa	Prénom	Date de naissance jj.mm.aaaa
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## ÉCOLE

uniquement pour les élèves  
qui arrivent dans notre cercle

**Ancienne école** \_\_\_\_\_

**Enseignant(s)** \_\_\_\_\_

**Degré Harmos**

**L'enfant a bénéficié  
des services  
auxiliaires**

psychologie

logopédie

psychomotricité

autre

de \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_

à \_\_\_\_\_

à \_\_\_\_\_

à \_\_\_\_\_

à \_\_\_\_\_

**L'enfant suit des  
cours de langue**

oui

non

**si oui quelle langue ?**

\_\_\_\_\_

## SANTÉ

**Problème(s) de santé**

**Allergie(s)**

**Autre**

**Date** \_\_\_\_\_