



FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS ET FICHE MEDICALE.

Année Scolaire 2022/2023

Nous vous remercions de prendre le temps nécessaire pour compléter (en lettres CAPITALES) et relire cette fiche, dans l'intérêt de votre enfant. N'hésitez pas à nous contacter en cas de problème, de doute.

L'ELEVE

NOM et Prénoms de l'élève :		Classe :	Sexe	F <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>
Domicile de l'élève :					
Né(e) le :	___ / ___ / ___	à :		Nationalité :	

LES PARENTS OU REPRESENTANTS

	PERE	MERE
NOM – Prénom :		NOM de jeune fille – Prénom :
Adresse ¹ (mettre les deux adresses si séparés ou divorcés) :		
Tel. fixe ¹ :		
GSM :		
Courriel ¹ :	@	@
Responsable fiscalement :	☐	☐
Tel professionnel ¹ :		

En cas de changement d'adresse, numéro de téléphone / GSM en cours d'année, il faut **impérativement** prévenir le secrétariat élèves ou la Direction au 02/737.03.51/50 ou par e-mail : ecole.vanmeyel@woluwe1200.be

AUTRES PERSONNES, QUE LES PARENTS, HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Personnes à prévenir en cas d'urgence et habilitées à venir chercher l'enfant (par ordre de priorité): Nom, prénom et lien de parenté	Téléphone :	Lien de parenté avec l'enfant :

¹ Toute modification devra nous être signalée.

Situation familiale des parents de l'enfant :	
Mariés <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/>	
Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/>	
Divorcés <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/>	<p>En cas de divorce, qui exerce l'autorité parentale² (non la garde) :</p> <p>Les deux <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/></p> <p>En cas de divorce, quel est le mode de garde :</p> <p>Résidence habituelle chez le père <input type="checkbox"/></p> <p>Résidence habituelle chez la mère <input type="checkbox"/></p> <p>Résidence alternée <input type="checkbox"/></p> <p>Merci de tenir l'enseignant au courant des modalités</p>

Si un des deux parents n'exerce pas l'autorité parentale, joindre impérativement une copie du jugement.

MUTUELLE

Nom de votre mutuelle :	
	Collez une vignette

Médecin de famille :	Dr	Téléphone :	
Adresse :			

● Date du dernier vaccin anti-tétanique? _____ Groupe sanguin : _____

L'enfant porte-t-il des lunettes ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
------------------------------------	------------------------------	------------------------------

Si il est impossible de vous atteindre et en cas d'extrême urgence, nous sommes tenus d'appeler le 112.

● Renseignements utiles concernant la santé de l'enfant (allergies, troubles...)

--

Signature :
