



FICHE D'IDENTITE DE L'ELEVE / BULLETIN D'INSCRIPTION

(Merci d'écrire en caractères d'imprimerie)

ENFANT	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin
Nationalité :	
Numéro AVS : 756. (Information à trouver sur la carte d'assurance maladie)	
Langue maternelle (ou dans laquelle l'enfant s'exprime le mieux) <input checked="" type="checkbox"/> :	
<input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> espagnol <input type="checkbox"/> italien <input type="checkbox"/> albanais <input type="checkbox"/> allemand <input type="checkbox"/> portugais <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> serbe <input type="checkbox"/> croate <input type="checkbox"/> autre - préciser :	
Pour les élèves étrangers, pays d'origine :	
Pour les élèves suisses, canton d'origine : et commune d'origine :	
Confession <input checked="" type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> catholique <input type="checkbox"/> protestant <input type="checkbox"/> orthodoxe <input type="checkbox"/> musulman <input type="checkbox"/> sans confession <input type="checkbox"/> autre - préciser :	
Remarques (santé, allergies, médicaments, divers, etc.) :	

PERE	MERE
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Adresse (Rue et No) :	Adresse (Rue et No) :
No postal Localité :	No postal Localité :
☎ privé :	☎ privé :
☎ portable :	☎ portable :
✉ E-mail :	✉ E-mail :
Quel numéro souhaitez-vous voir figurer sur la chaîne téléphonique ?	
Représentant légal <input checked="" type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> Père et mère <input type="checkbox"/> Père uniquement <input type="checkbox"/> Mère uniquement	
Ecole suivie actuellement à : Degré :	

Date :

Signature des parents
(ou du représentant légal) :



Veillez également, pour compléter nos dossiers, nous fournir les précieux renseignements ci-après.

Adresse de correspondance (adresse à laquelle le courrier doit être envoyé)

Rue et Numéro :

Localité :

Contact

En cas d'absence des parents, merci de contacter...

Nom et prénom : ☎

Garde

En cas de garde de l'enfant par une personne extérieure à la famille (maman de jour, grands-parents, crèche) veuillez indiquer...

Son nom : ☎

Les jours concernés par cette garde :

Santé

Votre enfant a-t-il un problème de santé particulier (asthme...) ? oui non
Si oui, préciser :

Senso 5

Votre enfant peut-il consommer tous les aliments ? oui non
Si non, préciser ?

Souffre-t-il d'allergies ? oui non
Si oui, préciser ?

Assurances

Votre enfant...
... dispose-t-il d'une assurance complémentaire ? oui non
... dispose-t-il d'une assurance hélicoptère oui non

Date :

Signature des parents :