



Institut Saint-Valentin

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

1. Renseignements concernant les parents :

PARENT 1

<u>Nom</u>	
<u>Prénom</u>	
<u>Adresse</u>	
<u>N° de GSM</u>	
<u>N° du travail</u>	
<u>E-mail</u>	

PARENT 2

<u>Nom</u>	
<u>Prénom</u>	
<u>Adresse</u>	
<u>N° de GSM</u>	
<u>N° du travail</u>	
<u>E-mail</u>	



2. Renseignements concernant les personnes à appeler en cas de votre indisponibilité :

Nom & Prénom	Lien de parenté	N° de téléphone

3. Renseignements concernant les personnes autorisées à reprendre l'enfant :

Nom & Prénom	Lien de parenté	N° de téléphone

→ Pour des raisons de SECURITE !

Veillez nous avertir dans le cahier de communication ou un appel au sein de l'école si, une personne nommée ci-dessus ou une autre personne, devait venir chercher votre enfant !

Il est important pour nous de savoir avec qui votre enfant retourne, sans cela nous serons obligé de vous appeler afin d'avoir une confirmation avant de laisser repartir votre enfant.

→ En cas de séparation, y a-t-il un jugement : OUI (faites nous parvenir une copie) - NON

4. Renseignements concernant la garderie :

Serait-il susceptible de venir en garderie :

- Le matin : OUI - NON
- Le soir : OUI - NON
- Le mercredi après-midi : OUI - NON



5. Renseignements concernant les frères et sœurs se trouvant dans l'école :

Nom & Prénom	Classe	Nom de l'enseignante

6. Renseignements concernant le port des lunettes :

Mon enfant doit porter ses lunettes : en permanence temporairement

Doit-il garder ses lunettes lors des récréations : OUI - NON

Doit-il garder ses lunettes lors de la psychomotricité : OUI - NON

7. Renseignements médicaux :

• **Votre enfant a-t-il déjà rencontré un ORL ?**

OUI -NON date :..... Nom du médecin :

A-t-il décelé un problème ?.....

A-t-il eu une opération suite à cette visite ?.....

• **Votre enfant a-t-il déjà rencontré un ophtalmologue ?**

OUI -NON date :..... Nom du médecin :

A-t-il décelé un problème ?.....

Porte-t-il des lunettes ? OUI - NON



- **Votre enfant est-il suivi ACTUELLEMENT par un autre spécialiste ?**

Logopède : OUI – NON **Nom du spécialiste** :

Si oui, depuis quand ?.....

Y a-t-il déjà un bilan ? OUI - NON

Psychomotricité relationnelle : OUI – NON **Nom du spécialiste** :

Si oui, depuis quand ?.....

Neuropédiatre : OUI – NON **Nom du médecin** :

Date de la dernière visite :

Y a-t-il déjà un bilan ? OUI - NON

Neuropsychologue : OUI – NON **Nom du médecin** :

Date de la dernière visite :

Y a-t-il déjà un bilan ? OUI - NON

- **Problèmes de santé** :.....
- **Allergies** :.....
- **Autres** :.....

Date :

Signatures des parents :