

**ANNÉE SCOLAIRE 2012-2013**  
**FICHE PERSONNELLE ET CONFIDENTIELLE DE L'ÉLÈVE**

**IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE ET MILIEU FAMILIAL**

|                          |  |   |
|--------------------------|--|---|
| Groupe classe :          | Date de naissance :  | Sexe : fille <input type="checkbox"/> garçon <input type="checkbox"/> |
| Nom :                    | Langue(s) parlée(s) à la maison :  |   |
| Prénom :                 | Dernière école fréquentée :  |   |
| Adresse et code postal : | CSDM <input type="checkbox"/> ou autre <input type="checkbox"/> précisez : |   |
| Numéro de téléphone :    |  |   |

**L'enfant demeure avec :** son père et sa mère  sa mère seulement  son père seulement  autre

|  |  |
|--|--|
| Nom et prénom de la mère :                     | Nom et prénom du père :                        |
| Adresse : même <input type="checkbox"/> ou :   | Adresse : même <input type="checkbox"/> ou :   |
| Téléphone : même <input type="checkbox"/> ou : | Téléphone : même <input type="checkbox"/> ou : |
| Téléphone au travail :                         | Téléphone au travail :                         |
| Langue(s) parlée(s) :                          | Langue(s) parlée(s) :                          |
| <b>Adresse courriel :</b>                      | <b>Adresse courriel :</b>                      |

L'enfant a-t-il des frères et soeurs? Si oui, veuillez inscrire leur(s) prénom(s) ainsi que leur âge : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

Allergies  Maladies  Opérations  Troubles de vision et d'audition  Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

L'enfant prend-il des médicaments? Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, à qui doit-on s'adresser (autre que parents ou tuteur)? Veuillez préciser qui est cette personne pour l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ No de téléphone : \_\_\_\_\_

L'enfant fréquente-t-il le service de garde? Oui  non  , le service de dîner? Oui  non  Utilise-t-il le transport scolaire? Oui  non