

**B Données personnelles de votre enfant :**

b.1	Nom :			
	Nom usuel :			
b.2	Prénom :			
	Prénom usuel :			
b.3	Adresse :			
b.4	Date de naissance :			
b.5	Lieu de naissance :			
b.6	Pays de naissance :			
b.7	Nationalité :			
b.8	<b>Merci de prendre contact avec le contrôle des habitants de votre commune de domicile pour tout changement concernant les données ci-dessus.</b>			

**C Représentants Légaux**

⇒ **Merci de transmettre tout changement, en particulier le n° de téléphone d'urgence, au secrétariat**

c.1	Politesse :			
c.2	Nom :			
c.3	Prénom :			
c.4	Adresse :	<input type="checkbox"/> identique enfant		
	<i>Si différente :</i>	Rue		
		NPA + localité	Tél. urgence	
c.5	Contacts	Tél. :	<input type="checkbox"/> Oui	
		Portable :	<input type="checkbox"/> Oui	
		Tél. prof. :	<input type="checkbox"/> Oui	
		E-mail :		
Lien de parenté / autre : <input type="checkbox"/>				

Père / Représentant légal 1

	Représ. légal :			
c.6	Politesse			
c.7	Nom :			
c.8	Prénom :			
c.9	Adresse :	<input type="checkbox"/> identique enfant		
	<i>Si différente :</i>	Rue		
		NPA + localité	Tél. urgence	
c.10	Contacts	Tél. :	<input type="checkbox"/> Oui	
		Portable :	<input type="checkbox"/> Oui	
		Tél. prof. :	<input type="checkbox"/> Oui	
		E-mail :		
Lien de parenté / autre : <input type="checkbox"/>				

Mère / Représentant légal 2

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_

Prénom de l'élève : \_\_\_\_\_

**D Information complémentaire relative à l'enfant**

d.1	Langue maternelle :	_____
d.2	Autre langue(s) parlée(s) :	_____
d.3	Autre(s) information(s) jugée(s) pertinente(s) pour le suivi pédagogique :	_____ _____ _____
	dyslexie avérée, HPI, suivi psychologique, suivi logopédique, aménagements pédagogiques, autre ...	_____ _____ _____

FACULTATIF

**E Frère(s) et sœur(s)**

e.1	Nom – Prénom	Date de naissance	Genre
		__ / __ / ____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G
		__ / __ / ____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G
		__ / __ / ____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G
		__ / __ / ____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G

**F/G Autre personne de contact en cas d'urgence**

f.2	Prénom :	_____
f.2	Adresse :	Rue _____
		NPA + localité _____
		Tél. urgence _____
f.4	Contacts	Tél. : ____ / ____ . ____ . ____
		Portable : ____ / ____ . ____ . ____
		<input type="checkbox"/> Oui
		<input type="checkbox"/> Oui
	Remarque(s) :	_____

FACULTATIF

En cas de questions, n'hésitez pas à joindre le secrétariat de l'Etablissement : ☎ 024 557 23 60

Date : \_\_\_\_\_ Signature d'un des parents  
(ou de son/sa représentant-e légal-e) : \_\_\_\_\_

**Les données récoltées seront utilisées à des fins d'organisation scolaire et de suivi pédagogique conformément à l'article 44 de la LEO et seront traitées au sein de l'établissement conformément à la législation en vigueur, notamment les Art. 5 à 11 de la LPrD.**