



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS – ANNÉE SCOLAIRE 20... – 20...

---

### IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Lieu de naissance : .....

N° de registre national : ..... – ..... – .....

Sexe :  M  F

Nationalité : .....

GSM (élève) : ..... / .....

Adresse : .....

N° : .....

Code postal : .....

Localité : .....



## PARENTS / RESPONSABLES LÉGAUX

À qui peuvent être envoyées les communications ?

- Parents
- Parent 1
- Parent 2
- Autre personne

### PARENT 1

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse (si différente de celle de l'élève) :

.....

N° : .....

Code postal : .....

Localité : .....

Profession : .....

GSM : ..... / .....

Téléphone privé : ..... / .....

Téléphone professionnel : ..... / .....

Courriel : .....



Athénée

Isala Van Diest

## PARENT 2

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse (si différente de celle de l'élève) :

.....

N° : .....

Code postal : .....

Localité : .....

Profession : .....

GSM : ..... / .....

Téléphone privé : ..... / .....

Téléphone professionnel : ..... / .....

Courriel : .....



### **AUTRE PERSONNE RESPONSABLE (le cas échéant)**

Nom : .....

Prénom : .....

Lien de parenté / institution :

.....

GSM : ..... / .....

Courriel : .....

---

### **ÉTUDES ANTÉRIEURES**

Année scolaire précédente : **20... – 20...**

Classe fréquentée : .....

Nom de l'établissement : .....

Adresse de l'établissement :

.....

Nom(s) de frère(s) / sœur(s) actuellement en secondaire :

.....



## RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ

Veuillez indiquer ci-dessous les éléments concernant la santé de votre enfant sur lesquels vous souhaitez attirer l'attention de l'équipe éducative :

.....  
.....  
.....

Nom du médecin de famille : .....

N° de téléphone : ..... / .....

## RENSEIGNEMENTS – BESOINS SPÉCIFIQUES

- Dyslexie
- Dyscalculie
- Dysgraphie
- Dysorthographie
- Dyspraxie
- Dysphasie
- TDA
- TDAH
- Haut potentiel (HP)
- Trouble du spectre de l'autisme (TSA)
- Intégration

### Bilans disponibles (à joindre le cas échéant) :

- Bilan logopédique
- Bilan neuropsychologique



## **SOUHAITS ÉVENTUELS**

Indiquez le nom et le prénom de deux camarades que l'élève souhaiterait retrouver (les informations doivent correspondre aux fiches des élèves concernés) :

1. Nom : ..... Prénom : .....

2. Nom : ..... Prénom : .....

Remarque(s) éventuelle(s) :

.....  
.....

---

## **SIGNATURES**

Signature(s) du/des responsable(s) de l'élève :

Parents  Parent 1  Parent 2  Autre personne

Signature : ..... Date : ..... / ..... / .....

Signature : ..... Date : ..... / ..... / .....