



FICHE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

CLASSE : _____

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

NOM : _____ PRÉNOM: _____

Date de naissance : _____ Sexe : F M

Adresse : _____
(no civique) (rue) (Ville) (code postal)

L'enfant demeure avec : Son père et sa mère Sa mère seulement
Son père seulement Autre personne

Pays d'origine des parents : _____ Date d'arrivée au Canada : _____

Pays de naissance de l'enfant : _____

A-t-il (elle) un frère ou une sœur à l'école ? : oui non

Si oui : Nom : _____ Classe : _____ âge : _____

Nom : _____ Classe : _____ âge : _____

A-t-il (elle) un frère ou une sœur à la maison ? : oui non

Si oui : Nom : _____ âge : _____

Langue parlée à la maison : _____ Religion : _____

Numéro de téléphone à la maison : _____

MÈRE DE L'ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM: _____

Profession : _____ Employeur : _____

Tél. au travail ou cellulaire : _____ Tél. maison : _____

PÈRE DE L'ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM: _____

Profession : _____ Employeur : _____

Tél. au travail ou cellulaire : _____ Tél. maison : _____

URGENCE

Si les parents ne peuvent être rejoints : Lien avec l'enfant : _____

NOM : _____ PRÉNOM: _____

Tél. au travail ou cellulaire : _____ Tél. maison : _____



SERVICES DE L'ÉCOLE

L'enfant retourne à la maison par autobus scolaire # _____ à pied

Votre enfant dînera-t-il : ⇒ au service de garde

⇒ au service de dîner de l'école

⇒ à la maison

HISTOIRE MÉDICALE

No. de l'assurance-maladie de l'enfant : _____ Exp : _____

Votre enfant a-t-il un problème de santé? : oui non

Asthme Cardiaque Diabète

Audition Épilepsie Langage

Vision Neurologique Handicap physique

Allergie? : oui non

Si oui, à quoi, et décrire la réaction allergique de votre enfant :

Autres problèmes de santé (spécifiez) : _____

Quels médicament(s) votre enfant doit-il prendre? : _____

A-t-il des médicaments pour les allergies? : Épipen Autre
Spécifier : _____

En cas de situation d'urgence, le personnel de l'école procure les premiers soins à mon enfant et s'assure qu'il reçoit les soins d'urgence requis. Les frais de transport ambulancier seront à la charge des parents.

Signature : _____ Date : _____

Si l'école devait fermer pendant la journée :

Il/elle a sa propre clé il/elle se rendra à la maison, il y a toujours quelqu'un

Il/elle ira chez une voisine ou amie Nom : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____