

1. FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : **Prénom :**

Classe : **Sexe :** **Nationalité :**

Né(e) à : **le :**/...../..... **N° de registre national :**

Adresse : Rue n° C.P. : Commune :

Tél. : 1) Nom : **Numéro :**

2) Nom : **Numéro :**

3) Nom : **Numéro :**

Mail (indispensable pour KONECTO) :

En cas d'urgence :

Nom : **Numéro :**

Date d'inscription à l'école communale de Héron : / /

(1^{er} jour de présence)

Option philosophique : ☐ Religion catholique ☐ Morale ☐ Religion protestante
(uniquement pour les élèves de primaire)

Seconde langue : ☐ Néerlandais ☐ Anglais

Médecin traitant : **Tél. :**

Remarque éventuelle que vous jugez utile de signaler :

.....

.....

Passé scolaire :

École fréquentée en :

Mat. 1 : Prim. 1 :

Mat. 2 : Prim. 2 :

Mat. 3 : Prim. 3 :

Avancement : oui - non Prim. 4 :

Maintien en 3^e mat. : oui - non Prim. 5 :

Années complémentaires : Prim. 6 :

Personne(s) responsable(s) :

Nom : Prénom : Qualité :
(père, mère, tuteur, ...)

Adresse : n°. C.P. : Commune :

N° de registre national : Pays de naissance :

Email (merci d'écrire LISIBLEMENT) :

Niveau d'étude : primaire – secondaire inf. – secondaire sup. – supérieur court – supérieur long.

Merci de signaler à l'école toute modification administrative de l'élève et de joindre à ce document une composition de ménage.

Signature :

DROIT A L'IMAGE : lors de certaines activités, les élèves sont photographiés. Ces photos peuvent être utilisées pour la promotion de l'école via des documents divers, Konecto, le site WEB de l'école, etc. Les parents qui s'opposent à l'utilisation de l'image de leur(s) enfant(s) sur ces supports sont priés de le signaler par écrit à la direction.

2. Fiche médicale

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....

Merci de répondre de façon précise, il y va de la santé de votre enfant !

Groupe sanguin :

L'enfant a-t-il été vacciné contre :

Le tétanos : OUI – NON

Date du dernier rappel : / /

La coqueluche : OUI – NON

La polio : OUI - NON

Votre enfant souffre-t-il des maladies suivantes ?

☐ Épilepsie

☐ Troubles du rythme cardiaque

☐ Diabète

☐ Rhumatisme articulaire aigu

☐ Asthme

☐ Hémophilie

☐ Malformation cardiaque

☐ Autres :

A-t-il déjà été opéré ? ☐ oui ☐ non

Si oui, de quoi ? Date de l'opération :/...../.....

..... Date de l'opération :/...../.....

Réagit-il fortement (allergie ou hypersensibilité) à certains médicaments ? ☐ oui ☐ non

Si oui, auxquels ?

L'enfant est sujet :

☐ aux troubles digestifs (constipation, diarrhée). ☐ aux troubles du sommeil (somnambulisme).

☐ aux otites.

☐ aux infections respiratoires (trachéites, bronchites, angines).

Y a-t-il des aliments qui lui sont interdits ? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels ?
.....
.....

Prend-il des médicaments (traitement de longue durée) ? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels ?
.....
.....

Autres remarques sur la santé de l'enfant :

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

Médecin traitant de la famille :

Nom : Tél. :

Adresse :

***Merci de signaler à l'école tout changement
d'ordre médical de l'élève.***

Date : Signature du chef de famille :