

# ANNEE SCOLAIRE 2026-2027

## Document interne à l'école

### FICHE SIGNALTIQUE

#### DOSSIER ADMINISTRATIF

NOM de l'élève \_\_\_\_\_ Prénom (orthographe officielle) \_\_\_\_\_

Sexe : M / F Nationalité : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Lieu de naissance (mentionné sur la carte d'identité *commune et pays si hors Belgique*) : \_\_\_\_\_

N° Registre national (INDISPENSABLE) : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (voir carte d'identité)

Langue I choisie en 1<sup>ère</sup> année :       Néerlandais  Anglais

#### DOSSIER DES ADRESSES

##### *DOMICILE DE L'ETUDIANT*

Rue : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_

C.P. : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

G.S.M. de l'élève : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX) :**  M. et Mme  Mme et Mme  M. et M.  M.  Mme

**PARENT 1** NOM : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ G.S.M. : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email (EN IMPRIME SVP) : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Adresse si différente de celle de l'étudiant(e) :**

\_\_\_\_\_

**PARENT 2** NOM : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ G.S.M. : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email (EN IMPRIME SVP) : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Adresse si différente de celle de l'étudiant(e)**

\_\_\_\_\_

**AUTRE** NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté avec l'enfant : \_\_\_\_\_

**EN CAS D'ABSENCE NON SIGNALLEE DE L'ELEVE (ENVOI D'UN SMS) OU EN CAS D'URGENCE,**

**VEUILLEZ INDICER LE N° DE GSM A UTILISER :**

**G.S.M. (UN SEUL NUMERO SVP) :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**ADRESSE MAIL PRINCIPALE (EN IMPRIME SVP) :** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## **POUR LES ETRANGER(ERE)S**

Domicile légal des parents : Pays et localité : \_\_\_\_\_

Date d'expiration du permis de séjour : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

## **DOSSIERS MEDICAL**

MEDECIN TRAITANT : NOM: \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

TROUBLES DE L'APPRENTISSAGE : Votre enfant a –t-il été DIAGNOSTIQUE par un spécialiste ?  Oui  Non

Si OUI, de quel(s) trouble(s) s'agit-il ? (plusieurs cases peuvent être cochées)

Dyslexie  Dyscalculie  Dysorthographie  TDA  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Votre enfant présente-t-il des allergies (médicaments ou autres) :  Oui  Non

si OUI, précisez \_\_\_\_\_

## **DOSSIER SCOLAIRE**

### **Etudes primaires effectuées à**

Ecole : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Seconde langue suivie à partir de la 5<sup>ème</sup> primaire :  Néerlandais  Anglais

## **DOSSIER DIVERS**

Nombre d'enfants dans la famille : \_\_\_\_\_ position de l'élève parmi ceux-ci : \_\_\_\_\_

Autre(s) enfant(s) déjà présent(s) dans l'école :

Prénom : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

## **REMARQUE(S) EVENTUELLE(S) (santé, médicaments, comportement, ...)**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_ Signature(s) du(des) responsable(s) de l'élève :