

# ANNEE SCOLAIRE 2024-2025

## Document interne à l'école

### FICHE SIGNALÉTIQUE POUR LA 1<sup>ÈRE</sup> COMMUNE

#### 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 l 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 SIGNALÉE DE L'ÉLÈVE (ENVOI D'UN SMS) OU EN CAS D'URGENCE,**

**VEUILLEZ INDIQUER 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  Dysorthographe  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 :