



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 : \_\_\_\_\_