

FICHE PERSONNELLE DE L'ÉLÈVE

À RETOURNER À L' AISDPG, CHEMIN DU MARTALET 1-3, 1544 GLETERENS OU
SECRETARIAT@AISDPG.CH



ÉLÈVE	SEXE : <input type="checkbox"/> FÉMININ <input type="checkbox"/> MASCULIN
NOM : _____	PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____	PAYS : _____
ADRESSE : _____	NPA, LOCALITÉ : _____
NATIONALITÉ : _____	LANGUE MATERNELLE : _____
AUTRES LANGUES PARLÉES : _____	
No AVS : _____	
NOMBRE DE FRÈRES ET SŒURS : _____	
<i>INDIQUER CI-DESSOUS LE PRÉNOM, L'ANNÉE DE NAISSANCE ET LA CLASSE</i>	
NOM :	_____
PRÉNOM :	_____
ANNÉE NAISSANCE :	_____
CLASSE	_____
RELIGION	<input type="checkbox"/> EGLISE CATHOLIQUE ROMAINE <input type="checkbox"/> EGLISE ÉVANGÉLIQUE RÉFORMÉE <input type="checkbox"/> COMMUNAUTÉ ISLAMIQUE <input type="checkbox"/> COMMUNAUTÉ DE CONFESSION JUIVE <input type="checkbox"/> AUCUNE APPARTENANCE <input type="checkbox"/> AUTRE COMMUNAUTÉ RELIGIEUSE

PARENTS	PÈRE	MÈRE
	REPRÉSENTANT LÉGAL : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	REPRÉSENTANT LÉGAL : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	PERSONNE DE CONTACT : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	PERSONNE DE CONTACT : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
NOM	_____	_____
PRÉNOM	_____	_____
ADRESSE	_____	_____
PROFESSION	_____	_____
NPA, LOCALITÉ	_____	_____
TÉLÉPHONE PROF.	_____	_____
TÉLÉPHONE PRIVÉ	_____	_____
TÉLÉPHONE MOBILE	_____	_____
ADRESSE E-MAIL	_____	_____
DATE DE NAISSANCE	_____	_____
NATIONALITÉ	_____	_____
LANGUE DE CORRESPONDANCE	_____	_____
PREMIER NUMÉRO DE TÉLÉPHONE À CONTACTER : _____		

DEMENAGEMENT EN CAS DE DÉMÉNAGEMENT UNIQUEMENT

ADRESSE PRÉCÉDENTE : _____ DATE D'ARRIVÉE : _____

CLASSE PRÉCÉDENTE : _____

VOTRE ENFANT A-T'IL PROLONGÉ UN DEGRÉ ?

SI OUI LEQUEL ?	<input type="checkbox"/>	1H	<input type="checkbox"/>	2H	<input type="checkbox"/>	3H	<input type="checkbox"/>	4H	<input type="checkbox"/>	5H	<input type="checkbox"/>	6H	<input type="checkbox"/>	7H	<input type="checkbox"/>	8H
--------------------	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----

ACCUEIL EXTRASCOLAIRE NE FAIT PAS OFFICE D'INSCRIPTION / LAISSER VIDE SI VOTRE ENFANT N'EST PAS GARDÉ

MON ENFANT VA À L'AES LES JOURS SUIVANTS :

PARTICULARITES / ALLERGIES

MON ENFANT PRÉSENTE DES PARTICULARITÉS OU DES ALLERGIES AUX SUBSTANCES SUIVANTES :

SELON LES DIRECTIVES DE L'ÉTAT DE FRIBOURG, LES ENSEIGNANTS-TES N'ONT PAS LE DROIT D'ADMINISTRER DES MÉDICAMENTS AUX ÉLÈVES SOUS QUELQUE FORME QUE CE SOIT.

URGENCE / ACCIDENT

QUI PEUT-ON JOINDRE EN CAS D'URGENCE / ACCIDENT LORSQUE LES PARENTS NE SONT PAS ATTEIGNABLE ?

NOM, PRÉNOM : _____ TÉLÉPHONE : _____

ADRESSE : _____

NPA : _____ LOCALITÉ : _____

OU

NOM, PRÉNOM : _____ TÉLÉPHONE : _____

ADRESSE : _____

NPA : _____ LOCALITÉ : _____

AUTORISATIONS

NOUS ACCEPTONS QUE NOTRE ENFANT SOIT **PRIS EN PHOTO OU FILMÉ** POUR UN USAGE INTERNE À L'ÉCOLE.*

*SUR DES DOCUMENTS TRANSMIS AUX PARENTS D'ÉLÈVES, SUR DES PANNEAUX DÉCORANT L'ÉCOLE, POUR AGRÉMENTER DES LETTRES AVEC DES

CORRESPONDANTS : OUI NON

NOUS ACCEPTONS QUE NOTRE ENFANT SOIT **PRIS EN PHOTO OU FILMÉ** POUR FIGURER **SUR UN SITE INTERNET SÉCURISÉ** PAR UN

MOT DE PASSE : OUI NON

NOUS ACCEPTONS QUE **DES TRAVAUX** DE NOTRE ENFANT (DESSIN, RÉDACTION, ETC...) FIGURENT SUR UN SITE INTERNET :

OUI NON

NOUS ACCEPTONS QUE NOTRE ENFANT SOIT **TRANSPORTÉ DANS UNE VOITURE** D'UN PARENT OU DE L'ENSEIGNANT-E :

OUI NON

DATE : _____