

Questionnaire aux familles - PRIMAIRE - COLLÈGE STANISLAS – À remettre au plus tard le 22 août 2025 ou le 25 août 2025 (élèves de maternelle accueillis le lundi)

Nom – Prénom de l'enfant : .....

Sexe : F  G

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Entourer le niveau :

MS – GS – CP – CE1 – CE2 – CM1 – CM2

Pays de naissance : .....

Ville : .....



**Adresse**

N°, rue, appt .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél domicile : ..... - ..... - .....

**Représentant légal**

Nom – prénom – parenté : .....

Adresse (si différente)

N°, rue, appt .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél domicile : ..... - ..... - .....

**Nom du parent 1** .....

Prénom(s) .....

Profession : .....

Tél bureau : ..... - ..... - .....

Cellulaire : ..... - ..... - .....

Courriel : .....@.....

**Nom du parent 2** .....

Prénom(s) .....

Profession : .....

Tél bureau : ..... - ..... - .....

Cellulaire : ..... - ..... - .....

Courriel : .....@.....

**Frères et sœurs**

Année de naissance et classe : .....

Votre enfant a-t-il été adopté ? oui  non  À quel âge : .....

Les parents de l'enfant vivent-ils ensemble ? oui  non

Si non, avec qui l'enfant est-il le plus souvent ? .....

Si l'enfant ne vit pas avec ses parents, avec qui vit-il ? .....

**Qui accompagne l'enfant à l'école ?**

Père  Mère  Autre  : .....

**Qui vient le chercher à l'école ?**

Père  Mère  Autre  : .....

**Quel et le moyen de transport utilisé et la durée du trajet ?**

.....

**Dans quel établissement était l'enfant l'année dernière ?**

Garderie  Collège Stanislas

Autre école  .....

**Questionnaire aux familles - PRIMAIRE - COLLÈGE STANISLAS – À remettre au plus tard le 22 août 2025 ou le 25 août 2025 (élèves de maternelle accueillis le lundi)**

**Nom – Prénom de l'enfant :** .....

Autre  .....

**Est-il autonome pour aller aux toilettes ?** oui  non

**Comprend-il bien le français ?** oui  non

**S'exprime-t-il bien en français ?** oui  non

**Langue(s) parlée(s) à la maison** .....

**Sa santé est-elle globalement satisfaisante ?** oui  non

**Si non, précisez :**

.....  
.....

**L'enfant a-t-il eu des troubles :**

d'audition  de vision  de prononciation  de langage

de motricité

Autre : .....

**Des difficultés sont-elles encore présentes ?** oui  non

Précisez : .....

**Porte-t-il des lunettes ?** oui  non

- Vision vérifiée récemment ? oui  non

- Audition vérifiée récemment ? oui  non

**De quelle main se sert-il le plus souvent ?** droite  gauche

**L'enfant présente-t-il des allergies ?** oui  non

Si oui, précisez : .....

.....  
.....

**Personnes à contacter en cas d'urgence autre que les parents :**

Nom – prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Tél domicile : ..... - ..... - .....

Cellulaire : ..... - ..... - .....

Nom – prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Tél domicile : ..... - ..... - .....

Cellulaire : ..... - ..... - .....

**Où mangera-t-il ?**

Repas chaud

boîte à lunch

maison

**Renseignements complémentaires éventuels :**

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

À .....

Le ..... / ..... / .....

Signatures : .....