

Questionnaire aux familles - PRIMAIRE - COLLÈGE STANISLAS – À remettre au plus tard le 24 août 2022

Nom – Prénom de l'enfant :

Sexe : F G

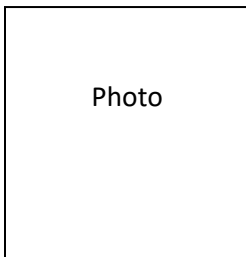
Date de naissance : / /

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 classes :

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

Autre

Questionnaire aux familles - PRIMAIRE - COLLÈGE STANISLAS – **À remettre au plus tard le 24 août 2022**

Nom – Prénom de l'enfant :

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 :