

<b>Année scolaire</b> 20...../20..... <b>Sexe</b> : M / F <b>Régime</b> : <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> DP	<b>NOM de l'élève</b> : _____ <b>Prénom</b> : _____ <b>Né(e) le</b> _____ <b>Lieu de naissance</b> : _____ <b>Adresse</b> : _____ _____	<b>Photo récente</b>
---	--	----------------------

<i>SCOLARITE DE L'ANNEE PRECEDENTE</i>	<i>SCOLARITE DE L'ANNEE EN COURS</i>
<b>Etablissement</b> : _____ <b>Ville</b> : _____ <b>Public/Privé</b> <b>Classe</b> : _____ <b>Portable de l'élève</b> : ..... <b>Adresse @ de l'élève</b>	<b>Classe</b> : ..... <b>LVA</b> : Anglais / Allemand <b>LVB</b> : Anglais / Allemand / Espagnol <b>L'élève est-il redoublant</b> : OUI/ NON  PAI <input type="checkbox"/> PPS <input type="checkbox"/> PAP <input type="checkbox"/> Remplir la fiche infirmerie impérativement

<b>Responsable légal de l'élève</b>	<b>Autre responsable légal (obligatoire)</b>
<b>NOM</b> : _____ <b>Prénom</b> : _____  <b>Lien de parenté</b> : Père / mère/ tuteur/ <b>Situation familiale</b> : Marié(e) / Divorcé(e) Célibataire/Remarié(e)/ Veuf(ve)/ <b>Adresse</b> : _____ _____  <b>Code postal</b> _____ <b>Ville</b> _____ <b>domicile</b> _____ <b>Portable</b> : _____ <b>@ Adresse</b> : _____ <b>Profession</b> : _____ <b>Lieu de travail</b> : _____ <b>travail</b> : _____	<b>NOM</b> : _____ <b>Prénom</b> : _____  <b>Lien de parenté</b> : Père / mère/ / tuteur <b>Situation familiale</b> : Marié(e) / Célibataire/Remarié(e)/ Divorcé(e) <b>Adresse</b> : _____ _____  <b>Code postal</b> : _____ <b>Ville</b> : _____ <b>domicile</b> : _____ <b>Portable</b> : _____ <b>@ Adresse</b> : _____ <b>Profession</b> : _____ <b>Lieu de travail</b> : _____ <b>travail</b> : _____

**Frères et sœurs :**

Nom/prénom	Age	Scolarité

**Dépôt des signatures (Obligatoire)****Père :****Mère :****Elève :**