

Informations personnelles

Chers parents,

Voici un formulaire regroupant toutes les informations nécessaires au bon déroulement de notre collaboration à venir.

Certaines informations sont essentielles et d'autres non. Référez-vous à la petite *. Les cases comportant cet astérisque nécessitent une réponse, les autres, c'est à votre convenance. Vos réponses seront uniquement destinées à mon usage personnel.

Je vous remercie d'avance pour le temps que vous accorderez à ce document.

Je vous envoie mes meilleures salutations et à bientôt pour faire plus ample connaissance.

Données de l'élève

Nom et prénom *	
Date de naissance *	
Main dominante *	

Données du parent 1 ou représentant légal

Nom et prénom *	
Numéro de téléphone n°1 *	
Autre numéro de téléphone	
Adresse e-mail	

Données du parent 2 ou adulte s'occupant régulièrement de l'élève

Nom et prénom *	
Numéro de téléphone n°1 *	
Autre numéro de téléphone	

Données d'un autre adulte s'occupant régulièrement de l'élève

Nom, prénom et rôle	
Numéro de téléphone n°1	
Autre numéro de téléphone	

WhatsApp

L'année dernière, j'ai constitué une liste de diffusion sur WhatsApp avec les parents d'élèves. C'est à dire que de mon côté j'envoie un message groupé à tous les parents en même temps, mais du vôtre, vous ne recevez qu'un message de ma part. Cela évite les réactions multiples comme nous pouvons les trouver dans des "groupes WhatsApp".

L'utilisation que je fais de WhatsApp est la suivante:

- Envoi de photos prise lors d'activités spéciales.
- Envoi d'informations urgentes et non préméditées.
- Rappels ou informations relatives à des sorties extraordinaires (météo incertaine, etc...)

Aucune obligation de faire partie de cette liste de diffusion.

Souhaitez-vous faire partie de la liste de diffusion? *

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, avec quel-s numéro-s?

1. Qui? (papa, maman, autre)	
Numéro de téléphone	
2. Qui? (papa, maman, autre)	
Numéro de téléphone	

M'autorisez-vous à prendre votre enfant en photo dans le cadre scolaire (camps, sorties, activités spéciales) ? *

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Santé

Votre enfant souffre-t-il d'une ou plusieurs allergie-s? *

Oui	Non	Ne souhaite pas répondre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle, lesquelles?		

Votre enfant souffre-t-il d'une affection ou maladie qui pourrait affecter sa vie scolaire (asthme, épilepsie, hémophilie...)*

Oui	Non	Ne souhaite pas répondre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle, lesquelles?		

Souhaitez-vous m'informer d'autre chose?

--

M'autorisez-vous à donner des granules (arnica) à votre enfant en cas de contusion lors d'une sortie ? *

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suivi-s particulier-s

Cette section porte sur les suivis thérapeutiques qui ont un lien direct avec le milieu scolaire.
Logopédie, ergothérapie, psychomotricité, psychologie, ...

Votre enfant bénéficie-t-il d'un ou plusieurs suivi-s? *

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, lequel, lesquels?

Logopédie	Ergothérapie	Psychomotricité	Psychologie	Autre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci de m'indiquer les coordonnées du ou des thérapeute-s.

Nom, prénom	Fonction du thérapeute	Coordonnées

M'autorisez-vous à prendre contact avec cette ou ces personne-s en cas de besoin ?

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Organisation familiale

Cette partie est **facultative**. Sentez-vous libre d'y répondre entièrement, en partie ou pas du tout. Ces informations peuvent m'aider à identifier certains mal-être ou organiser parfois de manière différente certaines activités, (cadeaux de Noël, fête des mères-pères, ...)

Modèle familial		
Parents vivants sous le même toit	<input type="checkbox"/>	Précision éventuelle
Parents séparés	<input type="checkbox"/>	Précision éventuelle
Famille/foyer d'accueil	<input type="checkbox"/>	Précision éventuelle
Autre	<input type="checkbox"/>	Précision éventuelle

Votre enfant a-t-il des frères ou sœurs?		
Non, pas de frère ou sœur	<input type="checkbox"/>	Précision éventuelle
Oui, 1 frère ou sœur	<input type="checkbox"/>	Précision éventuelle
Oui, 2 frères ou sœurs	<input type="checkbox"/>	Précision éventuelle
Oui, 3 frères ou sœurs	<input type="checkbox"/>	Précision éventuelle
Oui, 4 frères ou sœurs	<input type="checkbox"/>	Précision éventuelle
Oui, 5 et + frères ou sœurs	<input type="checkbox"/>	Précision éventuelle

Profession des parents	
Parent 1	
Parent 2	
Précision éventuelle	

Avez-vous une passion, un savoir extraordinaire que vous aimeriez, si l'occasion se présente, partager devant la classe?