



Ecole Notre Dame

# QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX PARENTS

Merci de compléter cette fiche et de la retourner à l'enseignant de votre enfant pour le **jeudi 2 septembre**

## NOM & Prénom DE L'ENFANT \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

## NOM & prénom DU PERE \_\_\_\_\_

Situation familiale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_



Domicile \_\_\_\_\_  
Professionnel \_\_\_\_\_  
Portable \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

## NOM & prénom DE LA MERE \_\_\_\_\_

Situation familiale \_\_\_\_\_

Adresse (si différente) \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_



Domicile \_\_\_\_\_  
Professionnel \_\_\_\_\_  
Portable \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Nombre de frères et sœurs \_\_\_\_\_

L'enfant est-il baptisé ? \_\_\_\_\_

Problèmes familiaux éventuels :

Problèmes de santé / Allergies : (préciser si demande de traitement à l'école pour la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé).

Activités extra-scolaires de l'enfant :

Autres renseignements que vous jugez importants de nous signaler :

**IMPORTANT** : Ces renseignements confidentiels sont à **USAGE EXCLUSIF DE L'ENSEIGNANT** et constitueront un atout important dans l'exercice de son travail.

**Merci de nous laisser les coordonnées de :**

Médecin traitant :

Dr \_\_\_\_\_

N° tel : \_\_\_\_\_

Orthophoniste :

N° tel : \_\_\_\_\_

Psychologue :

N° tel : \_\_\_\_\_

**PAI à renouveler ?**

OUI – NON