

**FICHES DE RENSEIGNEMENTS ELEVES**  
**Année scolaire 2016 - 2017**  
**Niveau 5<sup>ème</sup>**

**MERCI DE RELIRE ET CORRIGER CETTE FICHE SI NECESSAIRE EN ROUGE**

**IDENTITE DE L'ELEVE :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_  
Né (e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_  
Nationalité : \_\_\_\_\_

**ANNEE SCOLAIRE 2016/2017 :**

**Entrée en classe de :** 5<sup>ème</sup> Générale  SEGPA

**Redoublement :** OUI  NON

1- **Langue vivante 1 :**  ANGLAIS

2- **Langue vivante 2 :**  ESPAGNOL  ALLEMAND

3- **Autres options culturelles et sportives :**

ARTS PLASTIQUES  ESCALADE  LATIN

**Demi-pension :**

Votre enfant déjeunera t-il à la cantine ? OUI  NON

**ETABLISSEMENT FREQUENTE EN 2015/2016 :**

**Nom et adresse de l'établissement :** CLG YOURI GAGARINE TRAPPES

Classe :

**Langue vivante 1 :**

**Options facultatives culturelles ou sportives :**

ARTS PLASTIQUES  ESCALADE  LATIN

**T.S.V.P** →

**COORDONNEES DES DEUX RESPONSABLES LEGAUX :**



COLLEGE YOURI GAGARINE - TRAPPES

FICHE VIE SCOLAIRE 2016-2017

NOM :

PRENOMS :

Né(e) le : .....

Nationalité :

Commune de naissance :

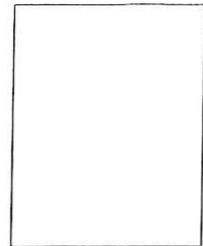
ou Pays : (pour les élèves nés à l'étranger) :

ADRESSE de l'élève :

Téléphone portable de l'élève : .....

Elève boursier :  OUI  NON

Demi-pensionnaire :  OUI  NON



<u>SCOLARITE 2015-2016</u>	<u>SCOLARITE 2016-2017</u>
<p><u>Etablissement</u> :</p> <p>COLLEGE YOURI GAGARINE 26/28 Boulevard du Pasteur Martin Luther King 78190 TRAPPES</p> <p>Classe :</p> <p><u>Langue vivante 1</u> :</p> <p><u>Autres options culturelles et sportives</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> ARTS PLASTIQUES <input type="checkbox"/> ESCALADE</p>	<p><u>Etablissement</u> :</p> <p>COLLEGE YOURI GAGARINE 26/28 Boulevard du Pasteur Martin Luther King 78190 TRAPPES</p> <p>Classe : 5è .....</p> <p>1 - <u>Langue vivante 1</u> : .....</p> <p>2 - <u>Langue vivante 2</u> : <input type="checkbox"/> ESPAGNOL <input type="checkbox"/> ALLEMAND</p> <p><u>Autres options culturelles et sportives</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> ARTS PLASTIQUES <input type="checkbox"/> ESCALADE <input type="checkbox"/> LATIN</p>
<p><u>PREMIER RESPONSABLE LEGAL</u></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Lien de parenté : père / mère / tuteur / autres</p> <p>Adresse du responsable :</p> <p>Téléphone domicile : Téléphone portable : Téléphone professionnel :</p> <p>Adresse mail :</p> <p><input type="checkbox"/> Occupe un emploi</p> <p>Situation :</p> <p>Profession : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Autre situation</p>	<p><u>SECOND RESPONSABLE LEGAL</u></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Lien de parenté : père / mère / tuteur / autres</p> <p>Adresse du responsable :</p> <p>Téléphone domicile : Téléphone portable : Téléphone professionnel :</p> <p>Adresse mail :</p> <p><input type="checkbox"/> Occupe un emploi</p> <p>Situation :</p> <p>Profession : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Autre situation</p>

SI NOUS NE PARVENONS PAS A VOUS JOINDRE

QUI JOINDRE EN CAS D'URGENCE ?

NOM Prénom : .....  
Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....

NOM Prénom : .....  
Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....

Nous vous informons qu'en cas d'urgence,  
l'élève sera pris en charge par le service médical d'urgence.

A cet effet, merci de nous communiquer le N° Sécurité Sociale du responsable et le  
Centre :  
.....

Frères et sœurs :

<i>NOM Prénom</i>	<i>Etablissement</i>	<i>Classe</i>

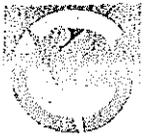
Autorisez-vous la communication de vos coordonnées aux associations de parents d'élèves :

OUI

NON

Signatures des responsables :

<i>Père ou 1er responsable légal</i>	<i>Mère ou 2nd responsable légal</i>	<i>Elève</i>



COLLEGE YOURI GAGARINE

Trappes, le 25/05/2016

TRAPPES

Le Principal,

A

Madame, Monsieur  
Les parents d'élèves

Madame, Monsieur,

Afin de constituer les dossiers des élèves, le collège propose d'assurer gratuitement la prise en charge des photos d'identité (carnet de correspondance, dossier scolaire...)

J'autorise le collège à prendre en photo d'identité mon fils, ma fille

NOM : ..... Prénom : .....

Classe : .....

Je choisis de fournir moi-même les 4 photos d'identité.

Fait à Trappes, le .....

Signature du responsable légal :

Le Principal

JC BERGTRON



Collège Youri Gagarine  
28, avenue Pasteur Martin Luther King  
78190 TRAPPES  
<http://www.gagarine-trappes.fr>

Année scolaire : 2016/2017

☎ (Collège) : 01.30.50.14.98  
☎ (Infirmier) : 01.30.50.68.05

**FICHE D'URGENCE**  
(A REMPLIR PAR LES PARENTS)

NOM et PRENOM de l'enfant :

.....

Date de naissance :

.....

Classe : .....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

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

Numéro et adresse du centre de sécurité sociale :

.....  
.....

Numéro et adresse de l'assurance scolaire :

.....  
.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

Veillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

N° de téléphone du domicile : .....

N° du travail du père : ..... Portable : .....

N° du travail de la mère : ..... Portable : .....

Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....  
.....

En cas de changement de numéro de téléphone, même en cours d'année, ne pas oublier de le communiquer.

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille. (majeur)

Pour tout autre problème de santé nécessitant un avis médical, la famille est contactée afin de venir chercher son enfant.

En cas d'impossibilité de joindre la famille, une ambulance privée (aux frais des familles) sera envoyée par les secours pour prendre en charge l'enfant.

Date du dernier rappel antitétanique : ..... (pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...)

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

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

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

**DOCUMENT NON CONFIDENTIEL**

à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

Date :

Signature des parents  
ou du responsable légal :