

ANNONCE Arrivée d'un-e nouvel-le élève

Commune et cercle scolaire de Châbles-Cheyres



Renseignements à propos de l'élève :

Nom de l'élève	Date de naissance : ____ / ____ / 20 ____	Nationalité : _____
Prénom de l'élève	N° AVS de l'élève : 756 . ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon
Langue maternelle :	Si langue maternelle autre que le français : l'élève parle français <input type="checkbox"/> couramment <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> pas du tout	
Religion :	Commune d'origine :	Assurance-maladie : _____ Assurance-accident : _____

A compléter si l'élève est scolarisé en Suisse :

Degré de programme :	
Etablissement :	
Titulaire(s) :	
Type de classe :	<input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/> spécialisée
Soutien éventuel :	<input type="checkbox"/> aide pédagogique <input type="checkbox"/> autre :

A compléter si l'élève est scolarisé à l'étranger :

Année de scolarité :	
Degré de programme :	
Etablissement :	
Type de classe :	<input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/> spécialisée
Soutien éventuel :	<input type="checkbox"/> aide pédagogique <input type="checkbox"/> autre :

Renseignements à propos de la famille :

Adresse actuelle		valable jusqu'au _____	<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère
Père		Mère	
Nom :	Nom :		
Prénom :	Prénom :		
Profession :	Profession :		
Téléphone :	Téléphone :		
Portable :	Portable :		
Email :	Email :		
Adresse : <input type="checkbox"/> idem ci-contre <input type="checkbox"/> autre :	Adresse : <input type="checkbox"/> idem ci-contre <input type="checkbox"/> autre :		
Maîtrise le français : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Maîtrise le français : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<input type="checkbox"/> représentant-e légal-e <input type="checkbox"/> personne de contact <input type="checkbox"/> personne de correspondance	<input type="checkbox"/> représentant-e légal-e <input type="checkbox"/> personne de contact <input type="checkbox"/> personne de correspondance		
		Autre-s frère-s et sœur-s scolarisé-e-s : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
		Nom prénom :	Date naissance :
		Nom prénom :	Date naissance :
		Nom prénom :	Date naissance :
		Adresse dans le cercle (valable dès le _____) <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère	
		Date d'arrivée :	

A retourner, dûment complété, à : direction.ep.chables@fr.educanet2.ch et à creche-aes@cheyres-chables.ch ou par courrier Commune de Cheyres-Châbles, case postale 2, 1468 Cheyres