

PREMIER RESPONSABLE DE L'ÉLÈVE

Destinataire des bulletins, relevés de notes et autres courriers ou courriels des SMS

NOM - PRÉNOMS :

Lien de parenté avec l'enfant PÈRE MÈRE AUTRE (à préciser) :

Adresse postale :

Téléphone domicile: Téléphone travail: Mobilis :

Adresse Mail en MAJUSCULES (obligatoire) :

Profession : / Employeur :

n° CAFAT : / nom et n°mutuelle :

Signature (obligatoire) :

SECOND RESPONSABLE DE L'ÉLÈVE *

*Destinataire des bulletins, relevés de notes et autres courriers ou courriels des SMS

NOM - PRÉNOMS :

Lien de parenté avec l'enfant PÈRE MÈRE AUTRE (à préciser) :

Adresse postale :

Téléphone domicile: Téléphone travail: Mobilis :

Adresse Mail en MAJUSCULES (obligatoire) :

Profession : / Employeur :

n° CAFAT : / nom et n°mutuelle :

Signature (obligatoire) :

*Rencontre Parents-Professeurs : les deux responsables souhaitent être convoqués ensemble : OUI - NON

CORRESPONDANT obligatoire pour les élèves internes dans l'établissement.

NOM - PRÉNOMS :

Lien de parenté avec l'enfant PÈRE MÈRE AUTRE (à préciser) :

Adresse domicile :

Téléphone domicile: Téléphone travail:

Mobilis :

Signature (obligatoire) :

OBSERVATIONS

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ? Si oui, lesquels ?

Médecin à Nouméa

Autres renseignements que vous jugez utiles de nous donner

Votre enfant a-t-il des troubles des Apprentissages (dyslexie, dysorthographe...)?..... Si oui,

bénéficiait-il d'un accompagnement personnalisé pour les troubles des Apprentissages au collège ? Oui Non

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné (e) donne l'autorisation de pratiquer sur mon enfant, en cas d'urgence médicalement justifiée, tout examen, investigation et intervention nécessités par son état.

Signature du responsable :