



Au niveau médical : NOM, Adresse et TELEPHONE du MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT :

'L'enfant est-il ALLERGIQUE ?' 1. A des médicaments ? Lesquels ?

2. A des aliments ou d'autres produits ? Lesquels ?

L'enfant est : droitier - gaucher

Nous joignons un certificat ou une note du médecin : OUI / NON

Il doit porter des lunettes : OUI / NON --> TOUJOURS / RIEN QU'EN CLASSE

**ECOLE FREQUENTEE L'AN PASSE : Nom et adresse précise de cette école :**

Nom école:

Adresse et code postal:

Il y était en 1 / 2 / 3e MATERNELLE ou 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6e année PRIMAIRE

Ses résultats : ..... % : Très bien - Avec difficultés - Doit doubler

A-t-il dû recommencer sa 3e maternelle ?

OUI - NON Si oui : dans quelle école ?

Il est entré pour la première fois en 1e année PRIMAIRE

le ..... / ..... / 20..... Adresse complète de cette école :

Date et signature des Parents :