

**Document confidentiel de l'élève
2025-2026**

VÉRIFICATION DES INFORMATIONS ²⁾

Maître de classe :

Classe:

Les informations **en gris** ne peuvent être modifiées qu'au contrôle des habitants de votre commune.

Nous vous prions de vérifier et corriger/compléter les informations directement sur ce document et le retourner à l'enseignant.

Identité de l'élève				
Nom				
Prénom usuel				
Sexe		Adresse NPA Localité		
Né(e) le				
Origine				
Lieu de naissance				
Pays de naissance		Nationalité		
Langue maternelle		Autre langue parlée		
Situation familiale				
Représentant légal ¹⁾ Nom Prénom Adresse privée NPA Localité Tél. privé Tél. professionnel Tél. mobile E-mail				
Adresse pour le courrier				
Chaîne téléphonique	<input type="checkbox"/> Inscrivez le n° de téléphone pour la chaîne téléphonique.			
<input type="checkbox"/> Mariés	<input type="checkbox"/> Divorcés	<input type="checkbox"/> Séparés	<input type="checkbox"/> Concubins	<input type="checkbox"/> Autre : _____
Droit de garde				
<input type="checkbox"/> Parents	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Alternée	<input type="checkbox"/> Autre : _____
Contact en cas d'urgence				
Nom	Prénom	Type contact	Téléphone urgence	
Accueil de jour ou UAPE				
Frères et sœurs				
Nom	Prénom	Date de naissance		

Suivis : L'élève est-il / a-t-il été suivi

par un(e) psychologue	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> suivi terminé	<input type="checkbox"/> suivi en cours Nom du thérapeute : _____
par un(e) psychomotricien(ne)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> suivi terminé	<input type="checkbox"/> suivi en cours Nom du thérapeute : _____
par un(e) pédopsychiatre	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> suivi terminé	<input type="checkbox"/> suivi en cours Nom du thérapeute : _____
par un(e) logopédiste	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> suivi terminé	<input type="checkbox"/> suivi en cours Nom du thérapeute : _____
par un(e) ergothérapeute	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> suivi terminé	<input type="checkbox"/> suivi en cours Nom du thérapeute : _____
Autre (à préciser): _____	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> suivi terminé	<input type="checkbox"/> suivi en cours Nom du thérapeute : _____

Particularités qui auraient une incidence sur la scolarité :

- ☐ Doit porter des lunettes
- ☐ Difficultés d'audition
- ☐ Dyslexie
- ☐ Dyspraxie
- ☐ Dysorthographe
- ☐ Dyscalculie
- ☐ Haut potentiel intellectuel attesté
- ☐ Trouble de l'attention (H)
- ☐ Autre trouble médical : _____

Santé - régimes alimentaires

En vue des futurs camps sportifs, voyage de fin d'études et cours d'éducation nutritionnelle.

Allergies, intolérances NON OUI (à spécifier : _____)

Spécificités liées à une conviction (végétarisme, conviction religieuse, ...)
NON OUI (à spécifier : _____)

Par ma signature, je, représentant-e légal-e, certifie que les informations ci-dessus sont exactes et complètes.

Lieu, date : _____

Signature d'un.e représentant.e légal.e : _____

- Depuis le 01.07.2014, la révision du Code civil suisse institue l'**autorité parentale conjointe comme règle**, indépendamment de l'état civil des parents (<http://www.vd.ch/themes/vie-privee/etat-civil/autorite-parentale-conjointe/>). De ce fait, nous adressons un double courrier aux parents ne faisant pas ménage commun pour les événements importants de la vie de l'enfant. **Si une décision de justice interdit le droit à l'information d'un des deux parents, nous vous prions de joindre l'extrait de décision de justice à ce formulaire.**
- Les données récoltées seront utilisées à des fins d'organisation scolaire et de suivi pédagogique conformément à l'article 44 de la LEO et seront traitées au sein de l'établissement conformément à la législation en vigueur, notamment les Art. 5 à 11 de la LPrD.