

Document confidentiel de l'élève 2026-2027

VÉRIFICATION DES INFORMATIONS ¹⁾

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-e le jour de la rentrée.

Identité de l'élève					
Nom		Prénom usuel			
Sexe		Né(e) le			
Origine		Adresse NPA Localité			
Lieu de naissance					
Pays de naissance		Nationalité			
Langue maternelle		Autre(s) langue(s) parlée(s)			
Situation familiale					
Représentant légal ²⁾ Nom Prénom Adresse privée NPA Localité Tél. privé Tél. professionnel E-mail					
Adresse pour le courrier					
Liste téléphonique	Acceptez-vous que votre numéro figure sur la liste téléphonique ? ☐ Oui ☐ Non Acceptez-vous que votre numéro figure sur la liste de diffusion WhatsApp ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, quel(s) numéro(s) ?				
☐ Mariés	☐ Divorcés	☐ Séparés	☐ Concubins	☐ Autre : _____	
Droit de garde					
☐ Parents	☐ Mère	☐ Père	☐ Alternée	☐ Autre : _____	
Contacts en cas d'urgence (Δ si les parents ne sont pas joignables)					
Nom	Prénom	Type contact	Numéro		
Accueil de jour ou UAPE (1-8P)					
Accueil de jour	Nom :		N° de téléphone :		
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Midi					
Fin de journée					

UAPE	Nom :				
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Midi					
Fin de journée					
Frères et sœurs					
Nom		Prénom		Date de naissance	
Suivis : L'élève est-il / a-t-il été suivi					
par un(e) psychologue	☐ non	☐ oui, suivi terminé	☐ oui, suivi en cours Nom du thérapeute : _____		
par un(e) psychomotricien(ne)	☐ non	☐ oui, suivi terminé	☐ oui, suivi en cours Nom du thérapeute : _____		
par un(e) pédopsychiatre	☐ non	☐ oui, suivi terminé	☐ oui, suivi en cours Nom du thérapeute : _____		
par un(e) logopédiste	☐ non	☐ oui, suivi terminé	☐ oui, suivi en cours Nom du thérapeute : _____		
par un(e) ergothérapeute	☐ non	☐ oui, suivi terminé	☐ oui, suivi en cours Nom du thérapeute : _____		
Autre (à préciser): _____	☐ non	☐ oui, suivi terminé	☐ oui, 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 du spectre autistique			
☐ Trouble de l'attention		☐ Hyperactivité			
Autre trouble médical : _____					
Santé - régimes alimentaires					
Allergies, intolérances ☐ NON ☐ OUI* (à spécifier : _____)					
Spécificités liées à une conviction (végétarisme, conviction religieuse, ...) ☐ NON					
☐ OUI (à spécifier : _____)					
* Si oui merci de prendre contact avec l'infirmière scolaire					

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 : _____

1) 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.

2) 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.