



Etablissement
primaire et secondaire
de Chavornay et environs

Rue du Verneret 12
CH-1373 Chavornay

Document confidentiel de l'élève
VÉRIFICATION DES INFORMATIONS ²⁾

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		Tél. privé	
Pays de naissance		Nationalité	
Langue maternelle		Autre langue	
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"/> J'autorise la diffusion de mon n° de téléphone sur la chaîne téléphonique de la classe		
<input type="checkbox"/> Mariés	<input type="checkbox"/> Divorcés	<input type="checkbox"/> Séparés	<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			
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 : _____

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) 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.**
- 2) 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.