

NOM et prénom de l'élève :

Note confidentielle de renseignements :

Veuillez remplir le questionnaire ci-dessous afin de répondre au mieux aux besoins de votre enfant

Difficultés : votre enfant est-il suivi par un spécialiste ? Orthophoniste ☐ Psychologue ☐
 Ergothérapeute ☐ Pédopsychiatre ☐

Autres renseignements :

DROIT A L'IMAGE

Toutes photos ou vidéos d'élèves prises dans les locaux ou lors d'une sortie sont susceptibles d'être publiées par les différents moyens de communication de l'établissement.

En cas de non-autorisation du droit à l'image de votre enfant, veuillez adresser un courrier par Lettre Recommandée, au Chef d'établissement avant la rentrée scolaire signifiant votre opposition.

AUTORISATIONS

Personne habilitée à reprendre votre enfant :

Madame, Monsieur responsable de l'enfant :

Demeurant :

☐ Autorise(nt) exclusivement les personnes inscrites ci-dessous à le reprendre aux heures de sortie de classes ; (personnes concernées : parents, grands-parents, amis, voisins, connaissances)

Noms	Prénoms	Lien de parenté
.....		
.....		

Merci de signaler immédiatement par écrit tout changement en cours d'année.

☐ autorise (nt) (pour les plus grands) leur enfant à partir seul, **joindre obligatoirement une autorisation écrite**, sans celle-ci l'enfant ne pourra pas sortir de l'établissement.

Date :

Signature :