**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**PHOTO**

**OBLIGATOIRE**

**ECHANGE**

*Envoyée à la famille d’accueil*

*ENSEMBLE SCOLAIRE E.MICHELET de BRIVE*

*LYCEE BOHUSLAV BALBIN de HRADEC KRALOVE*

**ELEVE**

NOM : ………………………PRENOM :……………………Classe…………….

Adresse mail : ………………………………………@............................................

Téléphone : …………………………………………...

Date et lieu de naissance : . . / . . / . . . . , à …………………………………………

Frères & Sœurs (Nombre et âge) : ………………………………………………………………………………………………………….

Centres d’intérêt et distractions favorites :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Sports pratiqués : ……………………………………………………………………………………………………………………………

Décrire votre personnalité en quelques mots : ………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**PARENTS**

M. ,MME, …………………………………….…..……………………et……………………………………..…………………….…....

Adresse(s) : …………………………………………………………………………………………………………................................................................................................................................................................................................................................................................

**Père :** Profession : ………………………….. email : …………………………………………………………………………

Téléphones : Portable : ………………………..Domicile : ………………………….Travail : ………………………………

**Mère :** Profession : ………………………….. email :………………………………………………………………………….

Téléphones : Portable : ………………………..Domicile : ………………………….Travail : ………………………………

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX** :

Problèmes concernant l’état de santé de l’enfant : ………………………………………………………………………………………….

Est il allergique ? ❑ OUI ❑NON Si oui, à quoi ?..............................................................................................

A-t-il un traitement médical régulier ou à prendre durant le séjour ?  ❑ OUI ❑NON

Si oui préciser : ………………………………………………………………………………………………………………………………

NOM , adresse et numéro de téléphone du médecin traitant : ……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

***Merci de préciser avant le départ tout changement***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOTRE-DAME – JEANNE D’ARC**Écoles – Collège3, rue Bernard Denoix – 7, rue SoliersB.P. 559 – 19107 BRIVE CedexTél. : 05.55.17.61.70 Télécopie : 05.55.17.61.74 | **www.edmichelet-brive.org****ecrire@edmichelet-brive.org** | **BOSSUET**École – Collège – Lycée11, rue BossuetB.P. 559 – 19107 BRIVE CedexTél. : 05.55.86.74.00 Télécopie : 05.55.88.29.24 |