

ÉCOLES PUBLIQUES DE BRAINTREE
FICHE DE RENSEIGNEMENTS DE L'ÉLÈVE

For Office Use Only:

Registration Date: _____
 Home Language Survey
 ESL
 SPED IEP Received
 Proof of Residency
 Requested Attached

Remarque : Il est extrêmement important que vous nous avertissiez de tout changement dans ces informations pendant l'année scolaire.

Élève

Nom : _____ Prénom : _____ Deuxième prénom : _____
 Adresse : _____ Date de naissance : _____ Sexe : masculin féminin
 Tél. du domicile : _____ Téléphone mobile : _____ Courriel : _____
 Pays de naissance : _____ Ville de naissance : _____ 1^{re} langue parlée à la maison : _____ Si naissance hors des États-Unis :
 N^{bre} d'années aux É.-U. : _____
 Hispanique ou Latino-américain(e) Oui Non Race : blanche amérindienne afro-américaine
 (de culture sud ou centre-américaine, cubaine, mexicaine ou portoricaine) asiatique autochtone du Pacifique
 L'élève a-t-il (elle) déjà été inscrit(e) aux Écoles publiques de Braintree ?
 Oui Non Si oui, établissement et année(s) : _____
 Dernier établissement fréquenté : _____ Type d'établissement : Public Privé
 Qui a la garde légale de l'élève ? Les deux parents Mère Père Tuteur/tutrice Autre (préciser) :

Personne à contacter 1

Nom : _____ Lien : Mère Père Tuteur/tutrice
 Adresse : _____
 Téléphone principal : _____ Téléphone professionnel : _____
 Autre téléphone : _____ Adresse électronique principale : _____
 Nom de l'employeur : _____ Profession : _____
 Habite avec l'élève ? Oui Non Peut venir chercher l'élève ? Oui Non Peut recevoir le courrier scolaire ? Oui Non

Personne à contacter 2

Nom : _____ Lien : Mère Père Tuteur/tutrice
 Adresse : _____
 Téléphone principal : _____ Téléphone professionnel : _____
 Autre téléphone : _____ Adresse électronique principale : _____
 Nom de l'employeur : _____ Profession : _____
 Habite avec l'élève ? Oui Non Peut venir chercher l'élève ? Oui Non Peut recevoir le courrier scolaire ? Oui Non

Statut de famille de militaire (en vertu de la loi VALOR)

L'élève est-il (elle) l'enfant d'un membre en service actif des forces armées d'active ou de réserve ? Oui Non
 L'élève est-il (elle) l'enfant d'un ex-membre des forces armées retraité ou renvoyé à la vie civile pour raisons médicales depuis moins d'un an ?
 Oui Non
 L'élève est-il (elle) l'enfant d'un membre des forces armées décédé en service actif ? Oui Non

Frères et sœurs (veuillez donner la liste de tous les frères et sœurs avec leurs dates de naissance)

Nom : _____ Date de naissance : _____ Nom : _____ Date de naissance : _____
 Nom : _____ Date de naissance : _____ Nom : _____ Date de naissance : _____

Personnes à contacter en cas d'urgence (veuillez avertir ces personnes qu'elles pourraient recevoir un appel en cas d'urgence)

Si mon enfant a un accident ou une maladie grave et que je ne suis pas rapidement joignable, veuillez appeler les personnes résidant à proximité ci-dessous :

Nom : _____ Lien : _____ Nom : _____ Lien : _____
 Tél. du domicile : _____ Tél. mobile : _____ Tél. du domicile : _____ Tél. mobile : _____
 Tél. professionnel : _____ Tél. professionnel : _____

For Office Use Only (DO NOT TRANSLATE)

Grade: _____ Teacher: _____ LASID: _____ Date Records Requested: _____
 Homeroom: _____ Counselor: _____ SASID: _____ Date Records Received: _____
 House: _____ Social Worker: _____ Played Varsity Sports Yes No Forwarded to Counselor
 Bus: _____ Forwarded to Nurse