

**EP Gland**

**Etablissement primaire de Gland**  
 Chemin de la Perroude 1  
 1196 Gland



DEF Département de l'enseignement  
 et de la formation professionnelle  
 DGEQ Direction générale de l'enseignement  
 obligatoire et de la pédagogie spécialisée

N° AVS :

**Nom usuel :**F  G **Prénom usuel :**

Adresse :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Pays de naissance :

Nationalité :

**Représentant 1 :**

Nom		
Prénom		
Genre	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin
Adresse (si différente de celle de l'enfant)		
		Tél. urgence :
Téléphone fixe	<input type="checkbox"/> Oui	
Téléphone professionnel	<input type="checkbox"/> Oui	
Téléphone portable *	<input type="checkbox"/> Oui	
e-mail*		

**Représentant 2 :**

Nom		
Prénom		
Genre	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin
Adresse (si différente de celle de l'enfant)		
		Tél. urgence :
Téléphone fixe	<input type="checkbox"/> Oui	
Téléphone professionnel	<input type="checkbox"/> Oui	
Téléphone portable*	<input type="checkbox"/> Oui	
e-mail*		

\* obligatoire

**Informations complémentaires relatives à l'enfant :**

Langue maternelle :

Autre(s) langue(s) parlée(s) :

**Frère(s) et sœur(s) de l'élève scolarisés :**

Nom, prénom	Date de naissance	Genre	
		<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin
		<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin
		<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin
		<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin

	Année scolaire	Niveau scolaire	Lieu / Pays
1 <sup>ère</sup> année	20 - 20		
2 <sup>ème</sup> année	20 - 20		
3 <sup>ème</sup> année	20 - 20		
4 <sup>ème</sup> année	20 - 20		
5 <sup>ème</sup> année	20 - 20		
6 <sup>ème</sup> année	20 - 20		
7 <sup>ème</sup> année	20 - 20		
8 <sup>ème</sup> année	20 - 20		

Dernier(s) bulletin(s) scolaire(s) disponible(s) pour permettre l'en classement au plus juste par rapport au niveau de votre enfant :  fourni       à fournir par mail

Contacts :

Autre personne de contact en cas d'urgence			
Nature du contact	<input type="checkbox"/> Famille	<input type="checkbox"/> Maman de jour	<input type="checkbox"/> Autre
Nom :			
Prénom :			
Adresse :	Rue :		
	NPA + localité :		
Téléphone :			

En cas de questions, n'hésitez pas à joindre le secrétariat de l'établissement :

022 557 57 27

lu-ma-je 07h30 – 12h / 13h30 – 16h30, me / ve 07h30 – 12 h

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.