|  |
| --- |
| Fiche de renseignements – Année scolaire 2021-2022 |

*Tous les renseignements de cette fiche sont confidentiels et réservés à l’usage interne de l’école. Je vous prie s’il vous plaît de bien vouloir compléter toutes les rubriques avec précision et le plus lisiblement possible.*

*Le chef d’établissement,*

*Christophe Personnettaz*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *ELEVE* |  |  |
| Nom نام خانوادگی | Prénom نام | Sexe جنسیت |
| Date de naissance تاریخ تولد | Lieu de naissance محل تولد | Nationalité ملیت |
| Langue(s) parlée(s) à la maison : زبانی که در خانه صحبت می شود |
| Adresse :آدرس |
| Tél تلفن  |
| *Pour les familles séparées, veuillez indiquer l’autre adresse : در صورت جدایی والدین، لطفا آدرس دیگر نیز ذکر شود* |
| Adresse : |
| Tél |
| *Et le cas échéant, le mode de garde : حضانت* |
| Prise en charge des frais : تقبل هزینه Famille □ خانواده Entreprise □ شرکت Bourse scolaire □ بورس تحصیلی  |

|  |
| --- |
| ***RESPONSABLES LEGAUX مسئولین قانونی***  |
| Mère / Tutrice | نام و نام خانوادگی مادر  | Père / Tuteur | نام و نام خانوادگی پدر  |
| Nationalité  | ملیت | Nationalité  | ملیت |
| Tél portable | شماره موبایل | Tél portable | شماره موبایل |
| Profession | شغل | Profession | شغل |
| Entreprise  | شرکت | Entreprise  | شرکت |
| Courriel\* | آدرس ای میل | Courriel\* | آدرس ای میل |
| Francophone | فرانسه زبان Oui Non | Francophone | فرانسه زبان Oui Non |

|  |
| --- |
| ***SECURITE امنیت***  |
| Personnes à contacter en cas d'urgence :در صورت اورژانس افرادی که بتوان با آنها تماس گرفت  |
| (1) Nom | Tél |
| (2) Nom | Tél |
| Informations médicales concernant votre enfant que nous devrions connaître (asthme, allergies, vue, groupe sanguin …) اطلاعات پزشکی فرزندتان که باید بدانیم (آسم، آلرژی، چشم، گروه خونی) |
| Votre enfant porte-t-il des lunettes ? آیا فرزندتان عینک می زند |
| Médecin traitant پزشک معالج  | Tél |
| En cas d'accident et si nous ne pouvons pas vous joindre, dans quel hôpital (clinique) voulez-vous que votre enfant soit emmené? کلینیک یا بیمارستان  |
| *En cas d'extrême urgence, j'autorise les enseignants et le chef d’établissement à prendre les décisions à la place des parents et autorise l'équipe médicale à pratiquer les interventions nécessaires.* *در صورت اورژانس اضطراری، به مدرسه و مدیر اجازه می دهیم که در غیاب والدین اقدامات پزشکی لازم را انجام دهند. تاریخ و امضا**Date : Signature des parents :*  |

|  |
| --- |
| ***AUTORISATIONS اجازه ها***  |
| Autorisez-vous la diffusion de photos ou d’images de votre enfant dans le cadre de l’école (journal, photo de classe) ? آیا اجازه می دهید در کادر مدرسه از فرسند شما عکس گرفته شود (عکس کلاس)  | OUI | NON |
| Autorisez-vous votre enfant à participer aux activités organisées par l'école, qui l'emmèneront hors de l'enceinte scolaire **hors le temps scolaire** (visites, événements sportifs, …) ? Vous serez informés de ces sorties auparavant dans le cahier de liaison ou le carnet de correspondance de votre enfant. آیا اجازه می دهید که فرزندتان در زمان کلاس به بازدیدهای خارج از مدرسه برود ؟ این بازدیدها از قبل به شما کتبا اطلاع رسانی می شود. یا اجازه می دهید که فرزندتان در زمان  | OUI | NON |
| L'AEFE dispose d'un traitement informatisé intitulé Base Utilisateurs AEFE (BUA) destiné à collecter et à gérer les identités des utilisateurs de ses systèmes d'information. Les informations enregistrées sont réservées aux services habilités de l'AEFE.En application des dispositions du Règlement Européen n° 2016-679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel, et aux termes de notre Politique de protection des données, nous nous engageons à protéger vos données de toute atteinte. Nous vous informons que vous pouvez exercer à tout moment votre droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation ou de suppression auprès de notre Délégué à la protection des données (Data Protection Officer), à l'adresse suivante aefe.dpo@diplomatie.gouv.fr ou en France auprès de la CNIL (Commission nationale informatique et liberté) en l'absence de réponse satisfaisante dans le délai d'un mois. Vous pouvez également vous opposer au traitement concernant votre enfant pour des motifs légitimes.o J'autorise l'établissement à transférer les données d'identification de mon enfant dans l'application BUA.o Je n'autorise pas l'établissement à transférer les données d'identification de mon enfant dans l'application BUA. |
| *Classe actuelle : کلاس فعلی* | *Classe demandée : کلاس درخواستی* |
| *Date : ……………………تاریخ* | *Signature des parents : امضا* |

|  |
| --- |
| ***ETABLISSEMENT PRECEDENT مدرسه قبلی*** |
| Nom : | Adresse : |
| ***CHOIX DE LANGUES POUR LE SECONDAIRE*** *\*\* انتخاب زبان برای کلاس ششم به بعد*  |
| LVE 1 : | LVE2 : | Option Persan : |

***PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE LES ENFANTS A LA SORTIE DE L’ECOLE (élèves de maternelle)***

|  |
| --- |
| J’autorise les personnes suivantes à prendre mon enfant à la sortie des classes :اجازه می دهم که افراد ذیل در پایان کلاس فرزند من را از مدرسه خارج کنند |
|  |
| 1. ………………………………………………………………..
 |
| 1. ………………………………………………………………..
 |
| 1. ………………………………………………………………..
 |
| 1. ………………………………………………………………..
 |
| 1. ………………………………………………………………..
 |
| 1. ………………………………………………………………..
 |
| 1. ………………………………………………………………..
 |
| 1. ………………………………………………………………..
 |
| 1. ………………………………………………………………..
 |
| 1. ………………………………………………………………..
 |
|  |
| *A Téhéran, le ……………………………….. تهران به تاریخ*  |
| *Signature des parents امضای والدین* |
|  |

**\*\* NE PAS OUBLIER DE MENTIONNER DES LANGUES Y COMPRIS L’OPTION PERSAN A PARTIR DU COLLEGE.**