



**RACINES**

08 B.P : 85 Tri Postal  
Tél : (00 229) 21 04 00 83  
COTONOU – Rép. Du Bénin  
E-mail : [racinesbenin@yahoo.fr](mailto:racinesbenin@yahoo.fr)

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET DE SUIVI SCOLAIRE

Ecole : .....  
Session (maternelle) : .....

Année scolaire ; ...../.....  
Quartier.....

**Nom** : ..... **Prénoms** : ..... **Sexe** : .....

**Né(e) le** : ..... **à** ..... **Maternité** : .....

**Adresse(maison, zone, rue, nom sur le portail, téléphone)** : .....

**Nom usuel du père et/ou de la mère** : .....

**Langue(s) parlée(s) ou ethnique** : .....

**Qui a la charge de l'enfant** : Père  Mère  père et mère  Autre(spécifier).....

**Situation matrimoniale** : Marié(e)  célibataire  veuf(ve)  divorcé(e)/séparé(e)

**Type de famille** : Monogame  Polygame  Monoparentale

**Nom & Prénom(s) du père** ..... **Profession** .....

**Nom & Prénom(s) de la mère** ..... **Profession** .....

### **Situation de l'habitat :**

Matériaux précaires  Dur  Semi dur  location  propriété

Hébergé  Nombre de pièces  nombre de personnes y vivant

### **Equipements et autres services :**

Meubles  poste téléviseur  poste radio  réfrigérateur  eau courante

Électricité

### **Autres données sur l'enfant**

**Etat vaccinal** : BCG/Polio  DTCP1  DTCP2  DTCP3  Rouvax  Rappel

**Caractères de l'enfant** : Timide  Agité(e)  Gai(e)

Ses loisirs : ..... son repas préféré : .....

Maladie(s) fréquente(s) : .....

Acte de naissance  carnet de vaccination  animaux domestiques .....

Educatrice.....

### Autres membres de la famille

N°	Nom et prénoms	Age	sexe	Lien de parenté	Profession

### **Résumé de la situation au temps T0**

**Suivi :**

Date	Objet de la visite	Situation constatée	Actions menées	observation

**Evènements importants passés dans la famille**

Maladies d'autres membres de la famille : .....

Nouvelle naissance : .....

Décès : .....