

Le questionnaire ci-dessous est destiné à permettre l'affectation de votre enfant dans une famille hôte au mieux de nos possibilités. Nous nous engageons à l'usage exclusif précité des informations communiquées ainsi qu'à leur stricte confidentialité.

SCOLARITÉ

CLASSE (année scolaire en cours) : **1^{re} LANGUE** : **2^e LANGUE** :
 Class (present schoolyear)/Klasse **1st language/1. Fremdsprache** **2nd language/2. Fremdsprache**
Nbre d'années d'étude : **Nbre d'années d'étude** :

NOMBRE DE SÉJOURS LINGUISTIQUES DÉJÀ EFFECTUÉS :
 How many times has your child been to an English speaking country for languages courses ?
 Wieviele Sprachkurse in Deutschland ?

FAMILLE

PROFESSION DE LA MÈRE :
 Mother's occupation
 Beruf der Mutter

PROFESSION DU PÈRE :
 Father's occupation
 Beruf des Vaters

NOMBRE DE FRÈRES ET SŒURS : **ÂGES :**
 How many brothers and sisters has he/she got ? **Ages**
 Zahl der Geschwister ? **Alter**

CARACTÈRE

SPORTS PRATIQUÉS :
 Sports played
 Treibt er/sie Sport ?

INSTRUMENTS DE MUSIQUE PRATIQUÉS :
 What musical instruments does your child play ?
 Welches Musikinstrument spielt er/sie ?

PASSE-TEMPS, INTÉRÊTS PARTICULIERS :
 Hobbies, particular interests / Hobbies, besondere Interesse

VOTRE ENFANT AIME-T-IL : **LES CHATS ?** OUI NON INDIFFÉRENT **LES CHIENS ?** OUI NON INDIFFÉRENT
 Is your child fond of : **Cats ?** **Dogs ?**
 Mag ihr Kind : **Katze ?** **Hunde ?**

SANTÉ

VOTRE ENFANT EST-IL ALLERGIQUE : **Aux poils de chat ?** OUI NON **Aux poils de chien ?** OUI NON
 Is your child allergic to : **Cat's hair ?** **Dog's hair ?**
 Hat ihr Kind Allergien gegen : **Katzen Haare ?** **Hunde Haare ?**

Autre allergie : OUI NON
 Others :
 Sonstige Allergien :

Si oui, à quoi ? :
 If so, what to ?
 Wenn ja, welche ?

VOTRE ENFANT SUIV-T-IL UN RÉGIME SPÉCIAL ? : OUI NON
 Is your child on special diet ?
 Muss er/sie eine spezielle Diät einhalten ?

Si oui, lequel ? :
 If so, which one ?
 Wenn ja, welche ?

VOTRE ENFANT EST-IL ÉNURÉTIQUE ? : OUI NON
 Is your child a bedwetter ?
 Ist er ein Bettnässer ?

AUTRE PROBLÈME PARTICULIER (somnambulisme, asthme, épilepsie...) :
 Other relevant information (somnambulism, asthm, epilepsy...)
 Andere Gesundheitsprobleme (Schlafwandeln, Asthma, Epilepsie...)

MALADIES D'ENFANCE DÉJÀ CONTRACTÉES : Rubéole Rougeole Oreillons Varicelle
 Childhood diseases the student has suffered from **Rubello** **Measles** **Mumps** **Chicken pox**
 Schon bekommene Kinderkrankheiten **Röteln** **Masern** **Mumps** **Windpocken**

VOTRE ENFANT FUME-T-IL ? : OUI NON
 Does your child smoke ? / Raucht ihr Kind ?

