



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ELEVE		
NOM :	Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Né(e) le :/...../.....	Lieu de naissance (commune et département) :	
Nationalité :	Date d'arrivée en France :	
Adresse :		
Code postal :	Commune :	
RESPONSABLES LEGAUX		
MERE	NOM de jeune fille :	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
NOM marital	Prénom :	
Profession :	Situation familiale ⁽¹⁾ :	
Adresse (si différente de l'élève) :		
Code postal :	Commune :	
Téléphone domicile	Téléphone portable :	
Téléphone travail :	Numéro de poste :	
Mail :	@	
PERE	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
NOM :	Prénom :	
Profession :	Situation familiale ⁽¹⁾ :	
Adresse (si différente de l'élève) :		
Code postal :	Commune :	
Téléphone domicile	Téléphone portable :	
Téléphone travail :	Numéro de poste :	
Mail :	@	
AUTRE RESPONSABLE LEGAL (personne physique ou morale)		
Autorité parentale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Organisme :	Personne référente :	
Fonction :	Lien avec l'enfant :	
Adresse :		
Code postal :	Commune :	
Téléphone :	Téléphone portable :	
Mail :	@	

(1) célibataire – marié(e) – divorcé(e) – séparé(e)- concubin(e)- pacsé(e)

FRATRIE					
Nom et prénom		Date de naissance		Etablissement fréquenté	
LUNETTES					
Si votre enfant porte des lunettes, il doit les porter :					
<input type="checkbox"/> en permanence					
<input type="checkbox"/> en classe uniquement					
AUTORISATION PHOTO					
J'autorise les enseignants de l'école à utiliser dans le cadre pédagogique des photos de mon enfant prises au cours d'activités scolaires (ex : journal d'école, affichage de classe, ...)					<input type="checkbox"/> oui
					<input type="checkbox"/> non
GARDERIE					
Matin	<input type="checkbox"/> lundi	<input type="checkbox"/> mardi	<input type="checkbox"/> mercredi	<input type="checkbox"/> jeudi	<input type="checkbox"/> vendredi
Soir	<input type="checkbox"/> lundi	<input type="checkbox"/> mardi		<input type="checkbox"/> jeudi	<input type="checkbox"/> vendredi
TRANSPORT SCOLAIRE					
<input type="checkbox"/> Matin		<input type="checkbox"/> midi		<input type="checkbox"/> soir	
Ligne :			Nom de l'arrêt :		
ASSURANCE					
<input type="checkbox"/> Responsabilité civile			<input type="checkbox"/> Individuelle accident		
Compagnie d'assurance :					
Numéro de police :					
AUTORISATION (à remplir par les deux parents si adresses différentes)					
Mère : <input type="checkbox"/> je <u>ne désire pas</u> communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves					
Père : <input type="checkbox"/> je <u>ne désire pas</u> communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves					

Je m'engage à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche (en particulier les numéros de téléphone).

Date :

Signature du père:

Signature de la mère:

FICHE D'URGENCE

NOM :

Prénom :

Numéro de sécurité sociale qui couvre l'enfant :

Adresse du centre :

NOM du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Allergie éventuelles, médicaments à proscrire :

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame..... autorisons l'anesthésie de notre enfant..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

Date :

Signature :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement prévenue par nos soins. L'enfant ne pourra sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

PERSONNES AUTORISÉES A PRENDRE VOTRE ENFANT

NOM :

Lien avec l'enfant :

Téléphone :

PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE (dans l'ordre de priorité)

① **NOM :**

Téléphone travail :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

② **NOM :**

Téléphone travail :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

③ **NOM :**

Téléphone travail :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

④ **NOM :**

Téléphone travail :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

⑤ **NOM :**

Téléphone travail :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :