

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : _____ Niveau : _____ * entourer les mentions utiles

ÉLÈVE

NOM: _____ Prénoms : _____ Sexe : M F *

Né(e) le : ____/____/____ Lieu de naissance (commune et département) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

Parent 1 NOM de famille : _____	Autorité parentale : Oui Non *
NOM d'usage : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	
Code postal : _____ Commune : _____	
Tél. fixe : _____ Mobile: _____ Tél Travail : _____	
Profession : _____ Courriel : _____	
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves: Oui Non *	
Parent 2 NOM de famille : _____	Autorité parentale : Oui Non *
NOM d'usage : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	
Code postal : _____ Commune : _____	
Tél. fixe : _____ Mobile: _____ Tél Travail : _____	
Profession : _____ Courriel: _____	
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves: Oui Non *	
Autre responsable légal (personne physique ou morale) Autorité parentale : Oui Non *	
Organisme : _____	
Fonction : _____	Lien avec l'enfant : _____
Adresse : _____	
Code postal : _____ Commune : _____	
Tél. : _____ Courriel : _____	

Nous acceptons que notre enfant soit **photographié(e) ou filmée** pendant les activités scolaires: Oui Non *

Type de garde si les parents sont séparés.

Parents séparés: Oui Non *

Précisez le type de garde (si nécessaire remettre le jugement) :

LES FRERES ET SOEURS

Prénom	Date de naissance	Prénom	Date de naissance

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE** entourer les mentions utiles*

Nom: _____	Prénom: _____	A appeler en cas d'urgence *
Lien de parenté: _____		Autoriser à prendre l'enfant *
Téléphone: _____		
Nom: _____	Prénom: _____	A appeler en cas d'urgence *
Lien de parenté: _____		Autoriser à prendre l'enfant *
Téléphone: _____		
Nom: _____	Prénom: _____	A appeler en cas d'urgence *
Lien de parenté: _____		Autoriser à prendre l'enfant *
Téléphone: _____		
Nom: _____	Prénom: _____	A appeler en cas d'urgence *
Lien de parenté: _____		Autoriser à prendre l'enfant *
Téléphone: _____		

SERVICE PERISCOLAIRE

Garderie du matin	Oui	Non *	Restauration scolaire	Oui	Non *
Garderie du soir	Oui	Non *	Transport scolaire	Oui	Non *

ASSURANCE DE L'ENFANT

No de sécurité sociale et nom de l'assuré: _____

Responsabilité civile : Oui Non * Individuelle Accident : Oui Non *

Compagnie d'assurance : _____ Numéro de police d'assurance : _____

SANTE

Médecin de Famille _____

Dates des dernières vaccinations pour chacun des vaccins suivants:

DT POLIO: _____ BCG: _____ Autres : _____

PAI en cours depuis

Allergies (alimentaires, asthmes...)

Maladies fréquentes (angines, otites, entorses)

Traitements en cours

Remarques:

La prise de médicament dans l'école est interdite sauf dans le cas d'un PAI établi par le médecin scolaire.

*Nous certifions que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et nous nous engageons à signaler par courrier ou courriel tout changement (déménagement, n° de téléphone, situation familiale ...)***Date :****Signature parent 1 :****Signature parent 2 :**