

## 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

|                                                                                                                          |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>Parent 1</b> NOM de famille : _____                                                                                   | Autorité parentale : <b>Oui</b> <b>Non *</b> |
| 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: <b>Oui</b> <b>Non *</b> |                                              |
| <b>Parent 2</b> NOM de famille : _____                                                                                   | Autorité parentale : <b>Oui</b> <b>Non *</b> |
| 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: <b>Oui</b> <b>Non *</b> |                                              |
| <b>Autre responsable légal (personne physique ou morale)</b> Autorité parentale : <b>Oui</b> <b>Non *</b>                |                                              |
| 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 :**