

## Inspection académique du Doubs

Admission à l'Ecole des 20 Coeurs d'ARCEY année scolaire 2020/2021

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS

#### ÉLÈVE

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F

Né(e) le : \_\_/\_\_/\_\_ Lieu de naissance (commune et département) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Frères/ Sœurs (noms et âges) : \_\_\_\_\_

#### RESPONSABLES LÉGAUX

**Mère** NOM de jeune fille : \_\_\_\_\_ Autorité parentale : \_\_\_\_\_ Oui  Non

NOM marital (nom d'usage) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Situation familiale (2) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Père** Autorité parentale : \_\_\_\_\_ Oui  Non

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Situation familiale (2) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Autre responsable légal** (personne physique ou morale) Autorité parentale : \_\_\_\_\_ Oui  Non

Organisme : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

(2) Célibataire - Marié(e) - Veuf(ve) - Divorcé(e) - Séparé(e) - Concubin(e) - Pacsé(e)

**PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Téléphone port. : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Téléphone port. : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Téléphone port. : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES**

*Si déjà connues*

Garderie soir : Oui  Non

Restaurant scolaire : Oui  Non

Transport scolaire : Oui  Non

**MEDECIN TRAITANT**

NOM : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Problème de santé connu : \_\_\_\_\_

**ASSURANCE DE L'ENFANT**

Responsabilité civile : Oui  Non  Individuelle Accident : Oui  Non

Compagnie d'assurance: \_\_\_\_\_ Numéro de police d'assurance : \_\_\_\_\_

**AUTORISATIONS**

- J'autorise tout médecin responsable, à faire pratiquer le cas échéant, toute intervention chirurgicale et à prescrire en cas d'urgence tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant.
- J'autorise la communication de mon adresse aux associations de parents d'élèves.
- J'autorise que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires.

Date : \_\_\_\_\_ Signature de la mère : \_\_\_\_\_ Signature du père : \_\_\_\_\_ autre représentant légal : \_\_\_\_\_