

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 dates de naissance) : _____

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 : _____