

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

### ÉLÈVE

NOM : \_\_\_\_\_

Sexe : M F

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

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

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

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

### RESPONSABLES LÉGAUX

**Responsable 1 :** père – mère – autre (précisez : .....)

NOM: \_\_\_\_\_ Autorité parentale : Oui Non

(NOM de jeune fille) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

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

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

**Responsable 2 :** père – mère – autre (précisez : .....)

NOM: \_\_\_\_\_ Autorité parentale : Oui Non

(NOM de jeune fille) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

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

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

**FRÈRES ET SŒURS**

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE

**AUTORISATION PARENTALE D'INTERVENTION MÉDICALE ET CHIRURGICALE D'URGENCE EN CAS D'IMPOSSIBILITÉ DE JOINDRE LES PARENTS OU LES AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE.**

En cas d'indisposition ou d'accident pendant les activités scolaires, votre enfant peut avoir besoin de soins médicaux urgents.

J'autorise les enseignants à contacter **le médecin traitant de mon enfant**, le docteur (*nom, prénom*) \_\_\_\_\_ à (*lieu d'exercice*) \_\_\_\_\_ au numéro de téléphone suivant \_\_\_\_\_ en cas de malaise ou d'accident de mon enfant.

Si le médecin indiqué ne peut être joint ou s'il ne peut se déplacer ou si la situation est grave, j'autorise les enseignants à prendre les mesures nécessaires pour que mon enfant soit examiné sur place ou transporté au centre hospitalier le plus proche et ceci à mes frais personnels.

**ALLERGIES** (*il est très important de nous signaler les allergies alimentaires*)

Votre enfant est-il allergique ? :  oui  non

à quoi ? \_\_\_\_\_

**LUNETTES**

Votre enfant porte-il des lunettes ? :  oui  non

Doit-il les porter :  en récréation  en éducation physique

Renseignements utiles concernant la santé de l'enfant (allergies, traitements, précautions à prendre, ...)

**AUTORISATIONS** (Ne cocher qu'en cas de refus)

- Responsable 1 :  Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.  
 Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires.
- Responsable 2 :  Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.  
 Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires.

**AUTRES PERSONNES (EN DEHORS DES PARENTS) À APPELER EN CAS D'URGENCE**  
**ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE**

NOM (s) et Prénom (s) : _____	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____	<input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____	
Code postal : _____ Commune : _____	
Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____	
NOM (s) et Prénom (s) : _____	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____	<input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____	
Code postal : _____ Commune : _____	
Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____	
NOM (s) et Prénom (s) : _____	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____	<input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____	
Code postal : _____ Commune : _____	
Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____	
NOM (s) et Prénom (s) : _____	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____	<input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____	
Code postal : _____ Commune : _____	
Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____	

**ASSURANCE DE L'ENFANT**

Responsabilité civile :  Oui  Non                      Individuelle Accident :  Oui  Non

L'attestation d'assurance scolaire doit porter le nom de l'enfant et l'année scolaire.  
Elle doit être fournie avant fin septembre de l'année scolaire en cours et doit être valable pour toute l'année scolaire.

Nous nous engageons à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

**Date :**

**Signature de la mère :**

**Signature du père :**

