

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 :
