

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : Niveau : Classe :

ÉLÈVE	
Nom de famille : _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nom d'usage : _____	
Prénom(s) : _____ / _____ / _____	
Né(e) le : ____ / ____ / ____	Lieu de naissance (commune et département) : _____

REPRÉSENTANTS LÉGAUX	
Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	
Nom de famille : _____	Prénom : _____
Nom d'usage : _____	
Profession : _____	
Adresse : _____	
Code postal : _____	Commune : _____
L'élève habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Tél. mobile : _____	Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____
Courriel : _____	
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	
Nom de famille : _____	Prénom : _____
Nom d'usage : _____	
Profession : _____	
Adresse : _____	
Code postal : _____	Commune : _____
L'élève habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Tél. mobile : _____	Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____
Courriel : _____	
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Tiers délégué (personne physique ou morale) Lien avec l'élève (*)	
<small>Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales.</small>	
Nom de famille : _____	Prénom : _____
Nom d'usage : _____	Organisme : _____
Profession : _____	
Adresse : _____	
Code postal : _____	Commune : _____
L'élève habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Tél. mobile : _____	Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____
Courriel : _____	
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

(*) Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Garde d'enfant/Autre lien (à préciser) ou Aide Sociale à l'Enfance (pour responsable moral)

PERSONNES À CONTACTER (si différentes des personnes déjà indiquées)

Lien avec l'élève (*) :

À contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève
Nom de famille : Nom d'usage : Prénom :
Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :

Lien avec l'élève (*) :

À contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève
Nom de famille : Nom d'usage : Prénom :
Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :

Lien avec l'élève (*) :

À contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève
Nom de famille : Nom d'usage : Prénom :
Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :

Lien avec l'élève (*) :

À contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève
Nom de famille : Nom d'usage : Prénom :
Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :

Lien avec l'élève (*) :

À contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève
Nom de famille : Nom d'usage : Prénom :
Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :

(*) Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Garde d'enfant/Autre lien (à préciser) ou Aide Sociale à l'Enfance (pour responsable moral)

Nous acceptons que notre enfant soit photographié(e) ou filmé(e) pendant les activités de l'école : Oui Non **SERVICES PÉRISCOLAIRES**

Restaurant scolaire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Garderie du matin :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Études surveillées :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Garderie du soir :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Transport scolaire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

Date :

Signature des représentants légaux :

Fiche d'urgence à l'intention des parents*

Nom de l'établissement : _____ Année scolaire : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Classe : _____ Date de naissance : _____

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : _____

N° et adresse du centre de sécurité sociale : _____

N° et adresse de l'assurance scolaire : _____

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone.

1. N° de téléphone du domicile : _____

2. N° du travail du père : _____ Poste : _____

3. N° du travail de la mère : _____ Poste : _____

4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : _____

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : _____

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...).

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant : _____

