

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)

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 : _____

