



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : Niveau : Classe :

Élèves

Nom : Sexe : M F
Prénom (s) :
Né(e) :/...../..... Lieu de naissance (commune et département) :
Adresse :
Code postal : Commune :

Responsables légaux

Père

Autorité parentale : Oui Non

Nom : Prénom(s) :
Adresse :
Code postal : Commune :
Téléphone domicile : Téléphone portable : Téléphone travail :
E-mail :

Mère

Autorité parentale : Oui Non

Nom : Prénom(s) :
Adresse :
Code postal : Commune :
Téléphone domicile : Téléphone portable : Téléphone travail :
E-mail :

Autre responsable légal

Autorité parentale : Oui Non

Organisme : **Fonction :**
Lien avec l'enfant :
Adresse :
Code postal : Commune :
Téléphone portable : Téléphone travail : E-mail :

Frère – Sœurs

<u>Noms</u>	<u>Prénom(s)</u>	<u>Classe</u>

Personnes à appeler en cas d'urgence et/ou autorisées à prendre l'enfant à la sortie

Nom : Prénom(s) : **A appeler en cas d'urgence**
Lien avec l'enfant : **Autorisé à prendre l'enfant**
Adresse :
Code postal : Commune :
Téléphone domicile : Téléphone portable : Téléphone travail :

Nom : Prénom(s) : **A appeler en cas d'urgence**
Lien avec l'enfant : **Autorisé à prendre l'enfant**
Adresse :
Code postal : Commune :
Téléphone domicile : Téléphone portable : Téléphone travail :

Information Périscolaire

Garderie matin : Oui Non Garderie soir : Oui Non
Restaurant scolaire : Oui Non

Assurance de l'Enfant

Responsabilité civile : Oui Non Individuelle Accident : Oui Non
Compagnie d'assurance : Numéro de police d'assurance :

Autorisation (à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes) Ne cocher qu'en cas de refus

Mère : 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.
Père : 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.

En cas d'accident :

Médecin Traitant : Téléphone :

Je soussigné, responsable de l'élève autorise les membres de l'équipe enseignante à prendre, en cas d'urgence, toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature

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

Date : **Signature du représentant légal**

Documents à joindre

- ✚ **livret de famille** ou acte de naissance récent de l'enfant,
- ✚ en cas de séparation, le jugement précisant la qualité de **responsable légal de l'enfant et de titulaire de la résidence principale de l'enfant**,
- ✚ **livret de famille** ou acte de naissance récent de l'enfant,
- ✚ **carnet de santé** (vaccinations),
- ✚ **justificatif de domicile** récents tels que quittance d'électricité, taxe d'habitation, contrat de location, acte de vente... (sauf facture téléphonique),
- ✚ **certificat de scolarité** pour les élèves actuellement scolarisés dans une autre commune
- ✚ **nom et adresse des employeurs** des parents