

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"/>	Autorité parentale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nom de famille :	Prénom :
Nom d'usage :	Situation familiale (2) :
Profession : C.S.P.(code – voir liste jointe) :	
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"/>	Autorité parentale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nom de famille :	Prénom :
Nom d'usage :	Situation familiale (2) :
Profession : C.S.P.(code – voir liste jointe) :	
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) <small>Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales.</small>	Lien avec l'élève (*) :
Nom de famille :	Prénom :
Nom d'usage :	Organisme :
Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) :	
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)
(2) Célibataire - Marié(e) - Veuf(ve) - Divorcé(e) - Séparé(e) - Concubin(e) - Pacsé(e)

Nous acceptons que notre enfant soit photographié(e) ou filmé(e) pendant les activités scolaires : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

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)

INFORMATIONS PÉRISCOLAIRESGarderie matin : Oui Non Garderie soir : Oui Non Étude surveillée : Oui Non Restaurant scolaire : Oui Non **MEDECIN TRAITANT**

NOM : Tél. :

Code postal : Commune :

Problème de santé connu :

ASSURANCE DE L'ENFANTResponsabilité civile : Oui Non Individuelle Accident : Oui Non

Compagnie d'assurance :

Numéro de police d'assurance :

AUTORISATIONS

- J'autorise tout médecin responsable, à faire pratiquer le cas échéant, toute intervention chirurgicale et à prescrire, en cas d'urgence tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant.
- Je m'engage à ne diffuser aucune photo ou vidéo prise durant les activités scolaires ou péri-scolaires.

Date :

Signatures : du père :de la mère :ou du représentant légal :