

## 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"/>	

<b>Tiers délégué</b> (personne physique ou morale) Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales.	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  Non

**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 PÉRISCOLAIRES**Garderie 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'ENFANT**Responsabilité 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 :