

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Classe : _____

ELEVE	
NOM : _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Prénom (s) : _____ / _____ / _____	
Né(e) le : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : (commune et département) _____	

REPRESENTANTS LEGAUX	
Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	Autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
NOM : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	
Code postal : _____ Commune : _____	
L'élève habite à cette adresse : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> garde alternée <input type="checkbox"/>	
Tél. mobile : _____ Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____	
Courriel ¹ : _____ @ _____	
Profession : _____	
J'accepte de communiquer mon adresse (postal & 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 : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	
Code postal : _____ Commune : _____	
L'élève habite à cette adresse : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> garde alternée <input type="checkbox"/>	
Tél. mobile : _____ Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____	
Courriel ¹ : _____ @ _____	
Profession : _____	
J'accepte de communiquer mon adresse (postal & courriel) aux associations de parents d'élèves : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

Tiers délégataire (personne physique ou morale)	Lien avec l'élève ² : _____
<small>Fournir une copie de la décision du Juge aux affaires familiales</small>	
NOM : _____	Prénom : _____
ORGANISME : _____	
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 ¹ : _____ @ _____	
Profession : _____	
J'accepte de communiquer mon adresse (postal & courriel) aux associations de parents d'élèves : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

¹ Utilisé pour des communications d'urgence (neige, etc.) ou des informations à donner en cas d'absence de l'élève

² Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Autre lien (à préciser) ou Aide Sociale à l'Enfance (pour responsable moral)

OBSERVATIONS DIVERSES IMPORTANTES A NOUS SIGNALER (santé, allergie, lunettes...)

Médecin traitant : _____ Tél : _____

En cas de soins urgents, le 15 sera contacté au préalable. La famille sera immédiatement avertie par nos soins.

ASSURANCE DE L'ÉLÈVE *

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE ATTESTATION

Responsabilité civile : Oui Non Individuelle accident : Oui Non

Nom de la compagnie : _____ N° de la police : _____

* « Responsabilité civile » et « individuelle accident » sont obligatoires pour toutes activités organisées hors temps scolaire (sortie avec pique-nique par ex.)

**PERSONNES A CONTACTER (si différentes des personnes déjà indiquées) OU
AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE (OBLIGATOIRE pour les élèves de Maternelle)**

NOM : _____ Prénom : _____

Lien avec l'élève ³ : _____

A contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève

Tél. mobile : _____ Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Lien avec l'élève ³ : _____

A contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève

Tél. mobile : _____ Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Lien avec l'élève ³ : _____

A contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève

Tél. mobile : _____ Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Lien avec l'élève ³ : _____

A contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève

Tél. mobile : _____ Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____

Frères et sœurs

Nom/Prénom & date de naissance

SERVICES PERISCOLAIRES

Garderie du matin : Oui Non Cantine : Oui Non

Garderie du soir : Oui Non Car : Oui Non

Nous acceptons que notre enfant soit **photographié(e) ou filmé(e)** pendant les activités scolaires : oui non

Nous certifions que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et nous nous engageons à signaler par courrier ou courriel tout changement (déménagement, n° de téléphone, situation familiale...)

Date : le ____ / ____ / ____

Signature des représentants légaux :

³ Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Autre lien (à préciser) ou Aide Sociale à l'Enfance (pour responsable moral)