ECOLE SACRE-COEUR	**ANNEE SCOLAIRE :**	**Classe :** tps

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ÉLÈVE

Nom : **Prénom(s) :** **Sexe :** Sexe

Né(e) le : Lieu de naissance Dépt :

Adresse complète :

Code postal **Commune** :

RESPONSABLES LÉGAUX

Parent 1 **Nom de jeune fille** **Autorité parentale :** **Oui** ☐ **Non** ☐

Nom marital (nom d'usage) : **Prénom :**

Profession : Situation familiale (1) Situation familiale

Adresse :
(si différente de celle de l'élève)

Code postal : Commune

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Téléphone travail : Lieu de travail :

Adresse mail : Si séparation : semaine paire ☐ semaine impaire ☐

Parent 2 Nom : **Autorité parentale :** oui ☐ non ☐

Prénom :

Profession : Situation familiale (1) : Situation familiale

Adresse :
(si différente de celle de l'élève)

Code postal : Commune

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Téléphone travail : Lieu de travail :

Adresse mail : Si séparation : semaine paire ☐ semaine impaire ☐

Autre responsable légal (personne physique ou morale) **Autorité parentale :** oui ☐ ☐

Organisme :

Fonction : ☐**Lien avec l'enfant :**

Adresse :

Code postal :

Téléphone : Téléphone portable :

Adresse mail :

Frères et soeurs

Nom :	Prénoms	Date de naissance

INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES

Mettre l'heure d'arrivée ou de départ pour la garderie., oui ou non pour le bus et la cantine

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
GARDERIE MATIN				
GARDERIE SOIR				
ETUDE SOIR				
BUS MATIN				
BUS SOIR				
CANTINE				

MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant _____ N° Téléphone _____

Autorisez-vous la directrice à faire hospitaliser votre enfant en cas d'urgence (soyez précis dans votre choix) :

Oui ☐ Non ☐

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : _____

Fournir une copie des vaccins .

Observations particulières :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l 'établissement :
(allergies, traitement, précautions à prendre …)

_____

_____

_____

RESPONSABLES PAYEURS POUR LES PRESTATIONS UTILISEES PAR L'ENFANT

Parent 1 et ou parent 2 s'engage(nt) à assumer les fonctions de payeur des prestations utilisées. Dans le cadre de garde alternée, l'engagement du payeur vaut pour toute la scolarité de l'enfant sauf production d'un jugement modifiant la répartition des charges entre parents sue ce point précis.

Les paiements seront effectués par Choisir le mode de paiement

Je soussigné(e)

responsable de l 'enfant certifie exacts les renseignements portés sur le présent dossier.

Nous nous engageons à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Signature du rparent1 Signature du parent 2:

Date :

Nom et prénom de l enfant Classe

AUTORISATIONS

Personnes autorisées à prendre l 'enfant à la sortie des classes :

Je soussigné(e)..... autorise les enseignantes ou le personnel encadrant à confier mon enfant aux personnes dont les noms figurent ci- dessous :

NOM	PRENOMS	Lien avec l'enfant	Téléphone

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE

NOM-PRENOM : A appeler en cas d'urgence ☐

Lien avec l'enfant : Autoriser à prendre l'enfant ☐

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Téléphone travail :

NOM-PRENOM : A appeler en cas d'urgence ☐
Autoriser à prendre l'enfant ☐

Lien avec l'enfant :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Téléphone travail :

Nom et prénom de l'enfant : classe tps

Dans le cadre des activités pédagogiques et éducatives, des photos et des vidéos des enfants ou de leurs productions pourront être faites.

Autorisez-vous votre enfant à figurer dans:

- Dans le cachier de vie pour les maternelles oui ☐ non ☐
- Dans les journaux locaux oui ☐ non ☐
- Application class dojo vie de classe oui ☐ non ☐

- J'autorise mon enfant à participer aux sorties éducatives et aux activités pédagogiques à l'extérieur de l'école. oui ☐ non ☐
- Dans le cadre des activités scolaires, j'autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport nécessaires pour les déplacements oui ☐ non ☐
- Souhaitez-vous transmettre votre adresse mail à l'association des parents d'élèves (APEL) ? oui ☐ non ☐
- Souhaitez-vous que l'APEL publie des photos sur le facebook de l'APEL oui ☐ non ☐

Date : Parent1 : Parent 2