

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**ÉLÈVE**

**Nom :** **Prénom(s) :** **Sexe :**  
**Né(e) le :** **Lieu de naissance** **Dépt :**  
**Adresse complète :**  
**Code postal** **Commune :**

**RESPONSABLES LÉGAUX**

**Mère** **Nom de jeune fille:** **Autorité parentale :** **Oui** **Non**  
 Nom marital (nom d'usage) : **Prénom :**  
 Profession : **Situation familiale (1)**  
**Adresse :**  
(si différente de celle de l'élève)  
**Code postal :** **Commune**  
**Téléphone domicile :** **Téléphone portable :**  
**Téléphone travail :** **Lieu de travail :**  
**Adresse mail :**

**Père** **Nom :** **Autorité parentale :** **oui** **non**  
**Prénom :**  
 Profession : **Situation familiale (1) :**  
**Adresse :**  
(si différente de celle de l'élève)  
**Code postal :** **Commune**  
**Téléphone domicile :** **Téléphone portable :**  
**Téléphone travail :** **Lieu de travail :**  
**Adresse mail :**

**Autre responsable légal** (personne physique ou morale) **Autorité parentale :** **oui** **non**  
**Organisme :**  
**Fonction :**  **Lien avec l'enfant :**  
**Adresse :**  
**Code postal :**  
**Téléphone :** **Téléphone portable :**  
**Adresse mail :**

Frères et soeurs  
**Nom :** **Prénoms** **Date de naissance**

## INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES

Il est très important de remplir les horaires. Les informations servent à la facturation.

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

## ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité et individuelle accident :

Oui

Non

Assurance école Mutuelle Saint Christophe

Oui

Non

Compagnie d'assurance:

**Fournir une attestation assurance**

## 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

Madame et/ou Monsieur

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 sur ce point précis.

Les paiements seront effectués par

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 de la mère :**

**Signature du père :**

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

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 cahier de vie pour les maternelles | oui | non |
| • Dans les journaux locaux                   | oui | non |
| • Sur le site internet de l'école            | oui | non |
| • Sur le Facebook privé de l'école           | 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