

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 :		Si séparation : semaine paire	semaine impaire	

Père	Nom :	Autorité parentale :	oui	non
Profession :		Prénom :		
Adresse :		Situation familiale (1) :		
(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 :		

INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES

Mettre l'heure d'arrivée ou de départ pour la garderie/ étude . Les informations servent à la facturation.

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
GARDERIE MATIN	horaire arrivée			
GARDERIE SOIR	horaire départ			
ETUDE SOIR	horaire départ			
BUS MATIN	mettre oui ou non			
BUS SOIR	mettre oui ou non			
CANTINE	mettre oui ou non			

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité et individuelle accident :	Oui	Non	Assurance école MMA	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.

Date :

Signature de la mère :

Signature du père :

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

Lien avec l'enfant : Autoriser à prendre 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 |
| • Application Classe dojo (application pour communiquer avec les enseignantes | oui | non |
| • J'autorise mon enfant à participer aux sorties éducatives et aux activités pédagogiques à l'extérieur de l'école.
Dans le cadre des activités scolaires, j'autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport nécessaires pour les déplacements. | | non |
| | | 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 :

Signature de la mère :

Signature du père :