

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : 20.... / 20....

Classe : .....

**ÉLÈVE**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexe : M  F

Né(e) le : .... / .... / ..... Lieu de naissance (commune et département) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

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 : | | | | | | | | | | Numéro de poste : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Père** Autorité parentale : Oui  Non

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Situation familiale (1) : \_\_\_\_\_

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : | | | | | | | | | | Téléphone portable : | | | | | | | | | |

Téléphone travail : | | | | | | | | | | Numéro de poste : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Autre responsable légal** (personne physique ou morale) Autorité parentale : Oui  Non

Organisme : \_\_\_\_\_ Personne référente : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : | | | | | | | | | | Téléphone portable : | | | | | | | | | |

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

(1) Célibataire - Marié(e) - Veuf(ve) - Divorcé(e) - Séparé(e) - Concubin(e) - Pacsé(e)  
\* Il est **important** de renseigner le document concernant les deux **responsables légaux** pour : la transmission des résultats scolaires (circulaire n°94-149 du 13/04/1994) et les élections des représentants des parents d'élèves : chaque parent est désormais électeur et éligible (note de service n°2004-104 du 25/06/2004).  
**Les champs grisés sont obligatoires**

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

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  Autorisé à prendre l'enfant

Téléphone domicile : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Téléphone portable : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Téléphone travail : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Numéro de poste : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  Autorisé à prendre l'enfant

Téléphone domicile : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Téléphone portable : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Téléphone travail : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Numéro de poste : \_\_\_\_\_

Autres personnes habilitées à venir chercher votre enfant  
Nom et prénom \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_ N° de téléphone \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES

La distance entre votre domicile et l'école est supérieure à 3 km  Oui  Non

Votre enfant porte des lunettes :  Oui  Non

## ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile :  Oui  Non  Individuelle Accident :  Oui  Non

Compagnie d'assurance: \_\_\_\_\_ Numéro de police d'assurance : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame ..... autorisons/n'autorisons pas l'anesthésie de .....  
notre fils/fille, au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : ..... Date du dernier vaccin BCG : .....

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre (Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière scolaire.)):

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant / .....

## AUTORISATION (à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes) (Ne cocher qu'en cas de refus)

Mère :  Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.  
 Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires.

Père :  Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.  
 Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires.

Je m'engage à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date :

Signature :

Signature :