



# École élémentaire DESCARTES

8, avenue Descartes  
95230 SOISY SOUS MONTMORENCY

☎ 01.34.05.08.99

🌐 <http://blog.ac-versailles.fr/ecoledescartes/>

## Fiche de renseignements

Année scolaire 2022/2023

*Merci d'écrire lisiblement.*

Nom de l'élève : ..... Prénom : ..... Sexe :  M  F  
Né(e) le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ à : ..... Nationalité : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

### Frères et sœurs

Prénom	Classe - Ecole

### Représentant 1

Nom : ..... Prénom : .....

Autorité parentale :  OUI  NON

Adresse: .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Profession : .....

E-mail : .....

☎ domicile	☎ portable	☎ professionnel
___ / ___ / ___ / ___ / ___	___ / ___ / ___ / ___ / ___	___ / ___ / ___ / ___ / ___ Poste : .....

### Représentant 2

Nom : ..... Prénom : .....

Autorité parentale :  OUI  NON

Adresse: .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Profession : .....

E-mail : .....

☎ domicile	☎ portable	☎ professionnel
___ / ___ / ___ / ___ / ___	___ / ___ / ___ / ___ / ___	___ / ___ / ___ / ___ / ___ Poste : .....

Responsables légaux : 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)
- Les élections des représentants des parents d'élèves : chaque parent est électeur et éligible (note de service n°2004-104 du 25/06/2004).

Acceptez-vous que votre adresse soit communiquée aux associations de parents d'élèves ?  OUI  NON

### En cas d'urgence :

En cas d'urgence, l'école s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Nous utilisons pour cela les numéros de téléphones que vous nous avez indiqués. Un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital, à moins que son état permette une certaine attente dans le cas où la famille peut le prendre en charge elle-même. Un élève ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Tournez la page SVP. ⇨

**Autres personnes à prévenir si les parents ne sont pas joignables :**

Nom et prénom	Qualité (voisins, grands-parents, cousins etc...)	☎
.....	.....	__ / __ / __ / __ / __
.....	.....	__ / __ / __ / __ / __
.....	.....	__ / __ / __ / __ / __

Médecin traitant

Nom: ..... ☎ : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

**Autorisation d'anesthésie et d'intervention chirurgicale :**

Je soussigné(e) .....,  
 responsable légal de l'enfant .....  
 autorise l'anesthésie et l'intervention chirurgicale au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie grave, son état  
 le nécessiterait.

A .....,

Le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature

*La signature de cette autorisation est facultative.*

1) Votre enfant porte-t-il des lunettes ? Doit-il les porter en permanence, même pendant les récréations ?  
 .....

2) Renseignement(s) utile(s) concernant la santé de votre enfant :  
 .....  
 .....  
 .....

**Cantine**

Votre enfant mange-t-il à la cantine ?

Jamais  Tous les jours  Parfois : fréquence (ex. tous les lundis):  
 .....

**Etude**

Votre enfant reste-t-il à l'étude (16h30-18h00) ?

Jamais  Tous les jours  Parfois : fréquence (ex. tous les lundis):  
 .....

**Garderie**

Votre enfant reste-t-il à la garderie (après 18h00) ?

Jamais  Tous les jours  Parfois : fréquence (ex. tous les lundis):  
 .....

**En cas de modifications des habitudes de votre enfant concernant la cantine, l'étude ou la garderie,  
 merci de le signaler à son enseignant par un mot écrit dans le cahier de liaison.**

**Photos / Vidéos**

J'autorise les enseignants à faire figurer mon enfant sur les photos / vidéos réalisées au cours des activités  
 pédagogiques.  OUI  NON

Fait à ....., le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signatures

**Important : N'oubliez pas de prévenir l'école en cas de changement en cours d'année.**