FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire 20__ /20__ Niveau_____ Classe : _____

ELEVE

Nom de famille : _____ Nom d'usage : _____

Prénom(s) : _____/ _____Sexe : M ☐F☐

Né(e) le :____ / ____/ _____ Lieu de naissance (commune et département) : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

RESPONSABLES LEGAUX

Mère : Nom de famille : _____ Autorité parentale : oui ☐ non ☐

Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tel domicile : _____ Tel portable : _____ Tel travail : _____

Numéro de poste : _____ Email : _____

Père : Nom de famille : _____ Autorité parentale : oui ☐ non ☐

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tel domicile : _____ Tel portable : _____ Tel travail : _____

Numéro de poste : _____ Email_ : _____

Autre responsable légal (personne physique ou morale) : _____Autorité parentale oui ☐ non ☐

Organisme : _____ Fonction : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tel : _____Tel portable : _____ Email : _____

SANTE

Date du dernier rappel du vaccin antitétanique : _____

Problèmes de santé connus : Asthme ☐Allergie ☐(précisez)_____ Epilepsie ☐

Contre-indication médicale : _____

Port de lunettes☐en classe seulement☐ en permanence ☐

Autorisation d'intervention chirurgicale :

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

Signature mère : signature père :

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : Oui ☐Non☐individuelle accident : Oui ☐Non☐

Compagnie d'assurance : _____ Numéro de police d'assurance : _____

JOINDRE ATTESTATION D'ASSURANCE

AUTORISATION(à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes. Cochez si vous êtes d'accordMère Père

- Je désire communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèvesOui ☐☐
- Je souhaite que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e)dans le cadre des activités scolaires.Oui ☐☐
- Je souhaite que mon enfant soit photographié par le photographe pour :
  - la photo de classeOui ☐☐
  - en individuelOui ☐☐
- J'autorise mon enfant à consommer les aliments préparés ou servis lors desanniversaires de la classeou lors de fêtes exceptionnelles.Oui ☐☐

PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET /OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT

⚠ ***Merci de fournir une décharge écrite pour les frères et sœurs mineurs***

Nom _____ Prénom_____ ☐ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant _____ ☐ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code postal _____ Commune _____

Tel domicile : _____Tel portable : _____

Nom _____ Prénom_____ ☐ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant _____ ☐ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code postal _____ Commune _____

Tel domicile : _____Tel portable : _____

Nom _____ Prénom_____ ☐ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant _____ ☐ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code postal _____ Commune _____

Tel domicile : _____Tel portable : _____

Date : Signature de la mère Signature du père