

Fiche de renseignements 2017 -2018

ELEVE

Nom de l'enfant : Prénoms :
Sexe : Masculin Féminin
Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :
L'enfant vit chez : ses deux parents sa mère son père
En alternance (à préciser) :
En famille d'accueil (à préciser) :
Autre (à préciser) :

RESPONSABLES LEGAUX

Mère

Nom de jeune fille : Autorité parentale : oui non
Nom marital : Prénoms :
Situation familiale : célibataire mariée veuve divorcée séparée pacsée concubine
Adresse :
Code postal : Ville :
☎ : 📞 : Courriel :
Profession : Employeur :
Adresse de l'employeur :
☎ (Travail) : 📞 (Travail) :

Père

Nom : Prénoms :
Situation familiale : célibataire marié veuf divorcé séparé pacsé concubin
Adresse :
Code postal : Ville :
☎ : 📞 : Courriel :
Profession : Employeur :
Adresse de l'employeur :
☎ (Travail) : 📞 (Travail) :

Autre responsable légale (personne physique ou morale)

Organisme : Autorité parentale : oui non
Personne référente :
Fonction : Lien avec l'enfant :
Adresse :
Code postal : Ville :
☎ : 📞 : Courriel :

AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER

Belle-mère/Beau-père ou concubine/concubin

Nom : Prénoms :

Situation familiale : célibataire marié(e) veuf(e) divorcé(e) séparé(e) pacsé(e) concubin(e)

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ : 📱 : Courriel :

Profession : Employeur :

FRERES ET SOEURS VIVANT AU FOYER FAMILIALE

Nom de l'enfant : Prénom :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Si scolarisation, bien vouloir indiquer l'établissement scolaire fréquenté :

.....

Nom de l'enfant : Prénom :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Si scolarisation, bien vouloir indiquer l'établissement scolaire fréquenté :

.....

PERSONNE A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEE A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE

Nom : Prénom :

A appeler en cas d'urgence

Autorisée à prendre l'enfant à la sortie

Lien avec l'enfant :

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ : 📱 :

☎(Travail) : Numéro de poste :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Allergies et/ou traitements

Asthme : oui non

Médicamenteuse(s) : oui non

Alimentaire(s) : oui non

Projet d'accueil individualisé : oui non

Précisions autres à apporter (crises convulsives, aliments ou médicaments non autorisés) :

.....
.....

Nom du médecin traitant : ☎ :

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : oui non

Individuelle accident : oui non

Compagnie d'assurance :

N° de police d'assurance :

INFORMATIONS PERISCOLAIRES

Garderie périscolaire du matin :

oui non

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Garderie périscolaire du soir :

oui non

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

NOTE A LA FAMILLE

Au cours de la vie scolaire, votre enfant peut avoir besoin de soins médicaux. Ainsi, en cas d'accident, il sera pris en charge par les Pompiers. S'il s'agit de problèmes médicaux, l'école appellera le SAMU qui, en fonction de la pathologie diagnostiquée et de la gravité de la situation vitale de l'enfant, fera intervenir soit une équipe de SMUR, soit une ambulance privée.

Les professeurs des écoles et le personnel municipal ne sont pas habilités à donner les médicaments aux enfants.

Aussi, en de telles circonstances, assez rares d'ailleurs, mais toujours possibles, et afin d'agir au mieux des intérêts de l'enfant, nous vous prions de bien vouloir remplir et nous retourner, dans les délais les plus brefs, cette fiche de renseignements.

Je, soussigné(e).....

responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature(s) :