

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom et prénom(s) de l'élève :

Classe :

Date de naissance : **Lieu de naissance :**

Sexe : **Nationalité :**

Adresse du domicile de l'enfant :

Téléphone du domicile de l'enfant :

Frères et soeurs:

NOM				
PRENOM				
Date de naissance				

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 : Nom : Autorité parentale : Oui Non

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) – Cocubin(e) – Pacsé(e)

Responsable 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 désormais électeur et éligible (note de service n°2004-104 du 25/06/2004).

En cas d'accident survenant à votre enfant dans le cadre de l'école, l'école s'efforce de vous prévenir rapidement. En dehors des numéros ci-dessus, donnez-nous par ordre de priorité les noms et numéros de téléphone de trois personnes susceptibles de vous prévenir rapidement.

1. NOM : TEL :
2. NOM : TEL :
3. NOM : TEL :

MEDECIN DE L'ENFANT :

NOM :
TEL :
ADRESSE :
.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Groupe sanguin : Hémophilie :
Date des derniers vaccins : BCG : DTPOLIO :
Allergies :
Situations particulières à signaler (asthme, diabète, convulsions,) :
.....
.....
.....

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. (Note ministérielle sur le traitement de l'urgence dans un établissement scolaire public ; loi n°2002-303 du 04/03/2002)

SECURITE SOCIALE ET ASSURANCE SCOLAIRE :

Nom, numéro et adresse du centre de sécurité sociale :
.....
.....
Nom, numéro de police et adresse de l'assurance scolaire :
.....
.....

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

Date : Signature : Signature :