

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024-2025

ÉLÈVE

A compléter en LETTRES MAJUSCULES D'IMPRIMERIE

NOM : _____ Prénom(s) : _____ Sexe : M F
Né(e) le : ____ / ____ / ____ Nationalité : _____
Lieu de naissance (commune et département) : _____ / _____ n° du département : _____
Adresse de l'élève : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Ecole et classe fréquentée l'année précédente (si différente) _____

RESPONSABLES LÉGAUX (parents ou tuteurs) – noter l'adresse que si différente de celle de l'enfant -

Parent 1 (qualité) : **Autorité parentale :** Oui Non

NOM de famille : _____ **Prénom :** _____

NOM d'usage : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Profession : _____ Téléphone travail : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Courriel : _____@_____

Situation actuelle : mariée – vie maritale – séparée – divorcée – veuve – célibataire – pacsée – remariée (entourer la situation)

Parent 2 (qualité) : **Autorité parentale :** Oui Non

NOM de famille : _____ **Prénom :** _____

NOM d'usage : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Profession : _____ Téléphone travail : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Courriel : _____@_____

Situation actuelle : marié – vie maritale – séparé – divorcé – veuf – célibataire – pacsé – remarié (entourer la situation)

Parents séparés : la garde de l'enfant est confiée à : Père Mère Alternée Autres _____

Date du jugement de divorce : _____ (joindre un extrait du jugement)

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

Nom et prénom ou Organisme : _____

Fonction : _____ Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Téléphone portable : _____

COMPOSITION DU FOYER DANS LEQUEL VIT L'ENFANT

Adultes : Nom et prénom : _____

Nom et prénom : _____

Frères et sœurs :

Nom et prénom	Date de naissance	Etablissement fréquenté

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.

Père : Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.

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

**PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE
AUTRE QUE LES PARENTS**

Si une personne non inscrite sur cette liste doit, un jour, prendre l'enfant, elle devra être en possession d'une lettre d'autorisation que vous aurez écrite, datée et signée ou faire un écrit dans le cahier de liaison.

NOM : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant (parenté, voisin, ami de la famille) : _____ 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 (parenté, voisin, ami de la famille) : _____ 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 (parenté, voisin, ami de la famille) : _____ 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 (parenté, voisin, ami de la famille) : _____ Autorisé à prendre l'enfant
Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

DISPOSITIONS PRISES PAR L'ÉCOLE EN CAS D'URGENCE

Cir du 14/02/59 et Arrêté du 14/05/62

1- BLESSURE BÉNIGNE : Les soins sont donnés à l'école, la famille reçoit une information après la classe.

2- BLESSURE NÉCESSITANT DES SOINS MÉDICAUX : La famille est avisée à l'adresse donnée. La famille prend l'enfant en charge et lui fait dispenser les soins nécessaires par le Médecin de son choix.

3- BLESSURE (ou MALAISE) RISQUANT DE METTRE LA VIE OU UN ORGANES EN DANGER : Le personnel de service veille à éviter toute aggravation. L'école alerte le 15 (S.A.M.U.) ; l'enfant 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.

VACCINATIONS : D.T.POLIO

1^{ère} piqûre	À 1 mois d'intervalle	
2^{de} piqûre		
3^{ème} piqûre		
1^{ère} rappel	1 an après	

L'enfant porte-t-il des lunettes ? OUI NON Si oui, doit-il les garder pendant les récréations ? : _____

Observations particulières concernant la santé de l'enfant : (allergie, asthme, contre-indications...)

Nom du médecin traitant : _____ Téléphone : ____/____/____/____

ASSURANCE DE L'ENFANT → joindre une attestation au plus tard le jour de la rentrée des classes

Responsabilité civile : Oui Non Individuelle Accident : Oui Non

Adresse Compagnie d'assurance : _____ Numéro l'assurance scolaire : _____

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au MOINS UN N° de téléphone qui ne soit jamais sur messagerie.

Nous nous engageons à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date : _____ **Signature du parent 1 :** _____ **Signature du parent 2 :** _____