



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire 2020 / 2021

## ELEVE

NOM : ..... Prénom : ..... Sexe : M  F

Né(e) le : ..... Lieu de naissance (commune et numéro de département) : .....

Nationalité : ..... Adresse de résidence de l'enfant : .....

Code postal : ..... Commune : .....

## FAMILLE DE L'ENFANT / NUMEROS D'URGENCE

**Responsables légaux** : il est important de renseigner les adresses des 2 responsables légaux. Dans le cas où les parents sont séparés ou divorcés, merci de remettre une copie de l'ordonnance établie par le juge, qui fixe les conditions de l'autorité parentale, au chef d'établissement. Dans le cas où il n'y a pas de jugement, le chef d'établissement considère que l'autorité est exercée par les deux parents.

	Père	Mère	Autre : nouveau conjoint(e)
<b>NOM</b>			
<b>Prénom</b>			
<b>Nom de jeune fille</b>			
<b>Adresse</b>			
<b>Code Postal</b>			
<b>Ville</b>			
<b>Domicile</b>			
<b>Portable adresse mail</b>	06- ..... @.....	06- ..... @.....	06- ..... @.....
<b>Numéro de la catégorie socio professionnelle ( Cf annexe) Libellé du numéro</b>			
<b>Entreprise</b>			
<b>Travail</b>			
<b>Situation de famille</b>	<input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> décédé	<input type="checkbox"/> mariée <input type="checkbox"/> pacsée <input type="checkbox"/> séparée <input type="checkbox"/> divorcée <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuve <input type="checkbox"/> décédée	<input type="checkbox"/> mariée <input type="checkbox"/> pacsée <input type="checkbox"/> vie maritale
<b>Autorité parentale</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<b>En cas de placement chez un tiers (famille d'accueil,...)</b>	Nom et prénom : ..... <b>☎</b> : .....		
	Adresse : .....		
	Organisme : ..... Personne référente : .....		

## AUTRES ADULTES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET AUTORISES A VENIR CHERCGER L'ENFANT EN CAS DE

### BESOIN

Nom et prénom : ..... Qualité : (famille, voisin, assist mat) : .....

**☎** : ..... Adresse : .....

Nom et prénom : ..... Qualité : (famille, voisin, assist mat) : .....

**☎** : ..... Adresse : .....

Nom et prénom : ..... Qualité : (famille, voisin, assist mat) : .....

**☎** : ..... Adresse : .....

**FRERES ET SŒURS**

NOM					
Prénom					
Année de naissance					

**ASSURANCE** *L'assurance est OBLIGATOIRE pour les dommages dont l'enfant serait l'auteur*Responsabilité civile : Oui  Non 

Compagnie d'assurance de l'enfant: ..... N° police d'assurance : .....

**DOSSIER SANTE***En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par l'école. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.*

Médecin traitant : ..... Ville : ..... ☎ : .....

N° sécurité sociale : .....

Vaccinations obligatoires (dernières dates) : D.T.POLIO avec coqueluche ..... ROR.....,

Hépatite B....., méningocoque C..... Haemophilus influenzae..... autres.....

(Un certificat de contre-indication vous sera demandé si votre enfant n'est pas vacciné)

*Si votre enfant souffre d'une maladie chronique (asthme, allergie ou intolérance alimentaire, épilepsie, mucoviscidose, etc.), **vous devez demander la rédaction d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) par le médecin scolaire, en accord avec le médecin traitant.** DEMANDE DE PAI : Oui  Non* 

Allergies alimentaires et médicamenteuses :

.....

Autres problèmes de santé : (asthme, etc.....) : .....

Port de lunettes : en permanence  en classe seulement 

Contre-indications médicales : .....

**Délégation de pouvoir en cas d'urgence : Soussignés, Monsieur et/ou Madame ..... autorisons Mme PRAUD Manuella , cheffe d'établissement de l'école St Aubin (ou en son absence son délégué) à prendre , en cas d'urgence, toutes décisions de transport, d'hospitalisation ou d'interventions chirurgicales, jugées indispensables et nécessitées par l'état de mon enfant.**

**La présente autorisation vaut pour mon enfant ..... mais seulement en cas d'impossibilité de nous joindre.**

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

Périscolaire du matin	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/>
Périscolaire du soir	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/>
Restaurant scolaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/>
Déplacement maison/école	Seul <input type="checkbox"/> Accompagné <input type="checkbox"/> (en cas de changement occasionnel, prévenir par le biais de la pochette de liaison)
Inscription (cf brochure explicative)	Eveil à la foi CP/CE1 <input type="checkbox"/> catéchèse CE2/CM <input type="checkbox"/> culture chrétienne du CP au CM2 <input type="checkbox"/>
Autorisation photos	J'autorise l'utilisation des photos des activités scolaires où apparaît mon enfant dans la presse, photos de classe, bulletin municipal) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> J'autorise l'utilisation des photos des activités scolaires où apparaît mon enfant sur le site Internet, réseaux sociaux, télé) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

**Je certifie exacts les renseignements indiqués sur ce document et m'engage à respecter le règlement intérieur de l'école ainsi que le contrat de scolarité, fournis lors de l'inscription et à signaler tout changement, en cours d'année, modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.**

Date

Signatures des représentants légaux