

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Pièces à fournir (pour les nouveaux inscrits ou en cas de changement de situation) : - Copie de la Taxe d'habitation - livret de famille - jugement de divorce
- carnet de santé

ELEVE

Nom : Prénoms : Sexe : M F
Né(e) le : / / Lieu de naissance : Dép. :
Nationalité :
Adresse :
Code postal : Commune :

RESPONSABLES LEGAUX - Il est important de renseigner le document concernant les deux responsables légaux pour la transmission des résultats scolaires et les élections des représentants des parents d'élèves.

MERE Nom : Nom de jeune fille : Prénom :
Profession : Situation familiale **(1)** :
Adresse (si différente de celle de l'élève) :
Code postal : Commune :
Téléphone domicile : Portable :
Travail : Mail : @

PERE Nom : Prénom :
Profession : Situation familiale **(1)** :
Adresse (si différente de celle de l'élève) :
Code postal : Commune :
Téléphone domicile : Portable :
Travail : Mail : @

AUTORITE PARENTALE : PERE Oui Non et MERE Oui Non

AUTRE RESPONSABLE LEGAL (personne physique ou morale)

Organisme : Personne référente :
Fonction : Lien avec l'enfant :
Adresse (si différente de celle de l'élève) :
Code postal : Commune : Tél. domicile :
Portable : Mail : @

Autorité parentale : Oui Non

(1) Célibataire – marié(e) – veuf(ve) – divorcé(e) – séparé(e) – concubin(e) – pacsé(e)

AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE

Nom Prénom : Lien avec l'enfant

à appeler en cas d'urgence autorisé à prendre l'enfant

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone domicile : Portable : Travail :

Nom Prénom : Lien avec l'enfant

à appeler en cas d'urgence autorisé à prendre l'enfant

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone domicile : Portable : Travail :

ASSURANCE DE L'ENFANT (obligatoire)

Responsabilité civile : **Oui** Individuelle accident : **Oui**

Compagnie d'assurance : N° de Contrat :

N° sécurité sociale de rattachement :

AUTORISATION DU DROIT A L'IMAGE ET A LA PRISE DE SON

J'autorise l'école à prendre mon enfant en photo, à le filmer et à enregistrer sa voix dans le cadre des activités scolaires, et à utiliser les photos, les films ainsi que les enregistrements. **Oui** **Non**

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant : Téléphone :

Allergie :

Problème particulier :

.....

vaccination :

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

Date :

Signature (s) :

Père	Mère	Autre responsable légal