

FICHE DE RENSEIGNEMENT

Année Scolaire 2024/2025

Niveau :

Classe :

ELEVE

NOM : Prénom(s) : / / Sexe : F M

NOM d'usage :

Né(e) le : / / Lieu de naissance (commune et département) (1) :

Adresse :

Code postal : Commune :

RESPONSABLE LEGAUX

PARENT 1 : NOM de jeune fille : Autorité parentale : oui non

NOM marital (nom d'usage) :

Prénom :

Profession :

Situation familiale (2) :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Téléphone travail :

Numéro de poste :

Mail (obligatoire) :

PARENT 2 : Autorité parentale : oui non

NOM :

Prénom :

Profession :

Situation familiale (2) :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Téléphone travail :

Numéro de poste :

Mail (obligatoire) :

AUTRE RESPONSABLE LEGAL (PERSONNE PHYSIQUE OU MORALE) Autorité parentale : oui non

Organisme :

Lien avec l'enfant :

Fonction :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Téléphone portable :

Courriel :

(1) Pays si hors de France, (2) Célibataire – Marié(e) – Veuf(ve) – Séparé(e) – Concubin(e) – Pacsé(e)

IL EST IMPORTANT DE RENSEIGNER LE DOCUMENT CONCERNANT LES DEUX RESPONSABLES LEGAUX POUR : LA TRANSMISSION DES RESULTATS SCOLAIRES (CIRCULAIRE 94-149 DU 13/04/94) ET LES ELECTIONS DES REPRESENTANTS DES PARENTS D'ELEVES : CHAQUE PARENT EST DESORMAIS ELECTEUR ET ELIGIBLE (NOTE DE SERVICE N°2004-104 DU 05-06-2004).

PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉE A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE

MEDECIN TRAITANT :

Nom : A appeler en cas d'urgence :
Adresse : Autorisé à prendre l'enfant :
Téléphone cabinet : Téléphone portable :
Allergies connues de l'enfant :
Problèmes de santé à signaler :

AUTRE PERSONNE A CONTACTER :

NOM : Prénom : A appeler en cas d'urgence :
Lien avec l'enfant : Autorisé à prendre l'enfant :
Adresse :
Code postal : Commune :
Téléphone domicile : Téléphone portable :
Téléphone travail : Numéro de poste :

AUTRE PERSONNE A CONTACTER :

NOM : Prénom : A appeler en cas d'urgence :
Lien avec l'enfant : Autorisé à prendre l'enfant :
Adresse :
Code postal : Commune :
Téléphone domicile : Téléphone portable :
Téléphone travail : Numéro de poste :

INFORMATIONS PERISCOLAIRES

Garderie Matin : oui non Garderie soir : oui non
Etude surveillée : oui non Restaurant scolaire : oui non
Transport scolaire : oui non

ASSURANCE DE L'ENFANT (CES INFORMATIONS NE SONT PAS PRESENTE DANS L'APPLICATION)

Responsabilité civile : oui non Individuelle accident : oui non
Compagnie d'assurance : Numéro de police d'assurance :

AUTORISATION (A REMPLIR PAR LES DEUX PARENTS EN CAS D'ADRESSES DIFFERENTES)

Parent 1 : Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.
 Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires.

Parent 2 : Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.
 Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires.

Nous nous engageons à vous signaler tous les changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date : Signature du parent 1 : Signature du parent 2 :