

Nom de l'élève : **Prénom :** **Classe :**

Né (e) le/...../..... **Lieu de naissance :** **Nationalité :**

Classe et école en 2009-2010 :

FAMILLE DE L'ENFANT :

Père :

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

☎ personnel :

☎ portable :

Profession :

☎ professionnel :

Mère :

NOM de jeune fille :

Prénom :

Adresse (si différente du père) :

.....

☎ personnel : (si différent du père)

☎ portable :

Profession :

☎ professionnel :

Situation de famille : marié vie maritale célibataire

séparé divorcé veuf décédé

Responsable légal : père mère tuteur

Situation de famille : mariée vie maritale célibataire

séparée divorcée veuve décédée

En cas de divorce, quel est le mode de garde : résidence habituelle chez le père résidence habituelle chez la mère
 résidence alternée

Si un des deux parents n'exerce pas l'autorité parentale, joindre impérativement une copie du jugement.

En cas de placement chez un tiers (famille d'accueil,...) :

Nom et prénom : Téléphone :

Adresse :

Frères et sœurs

NOM Prénom	Date de naissance	Classe	École / Profession

..... /...../.....

EN CAS D'URGENCE : En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir les parents par les moyens les plus rapides. Veuillez nous indiquer le nom et le n° de téléphone d'une personne à prévenir en cas d'urgence et habilitée à venir chercher l'enfant si vous n'êtes pas joignables :

Nom et Prénom : Lien avec l'enfant : ☎

Nom et Prénom : Lien avec l'enfant : ☎

Nom et Prénom : Lien avec l'enfant : ☎

N° de sécurité sociale couvrant l'enfant : /___/___/___/___/___/___/___/___ / clé /___

Adresse du centre de sécurité sociale :

Assurance de l'élève : L'assurance concerne les dommages dont l'enfant serait l'auteur (responsabilité civile) et ceux qu'il pourrait subir (individuelle accident)

Nom de la compagnie d'assurance : N° de Contrat :

Responsabilité civile : oui non Individuelle Accident : oui non

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.

Autorisation d'intervention chirurgicale

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame autorisons l'anesthésie de notre
fils/fille au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à
subir une intervention chirurgicale.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : | _ | _ | / | _ | _ | / | _ | _ | _ | _ |

Observations particulières :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'école
(Allergies, intolérances alimentaires, asthme, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...) :

.....
.....
.....

Port des lunettes : en permanence en classe uniquement

Coordonnées du médecin traitant :

Nom : ☎
Adresse :
.....

Renseignements complémentaires :

Autorisation Photos : J'autorise la publication de photos des activités scolaires où apparaît mon enfant (activités en classe, journal de l'école, presse, TV, photos de classe, site Internet de l'école)
 Je n'autorise pas la publication de photos des activités scolaires où apparaît mon enfant (activités en classe, journal de l'école, presse, TV, photos de classe, site Internet de l'école)

Associations de parents d'élèves (à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes)

Père : J'autorise Je n'autorise pas la communication de mon adresse personnelle aux associations de parents d'élèves

Mère : J'autorise Je n'autorise pas la communication de mon adresse personnelle aux associations de parents d'élèves

Sorties scolaires :

Mr/ Mme pourrait participer en tant qu'accompagnateur, en
fonction de ses disponibilités personnelles et professionnelles aux différentes sorties scolaires proposées dans l'année

☞ **Si au cours de l'année, un des renseignements de cette fiche est modifié, pensez à prévenir l'école (adresse, téléphone....)**

Fait à , le

Signature du père :

Signature de la mère :