

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS / FICHE D'URGENCE

IMPORTANT : tout changement (situation familiale, adresse, n° de téléphone, santé...) devra être signalé le plus rapidement possible.

ÉLÈVE CONCERNÉ

NOM : _____ Prénom(s) : _____ / _____ / _____

Sexe : F M Date de naissance : ____ / ____ / ____ A (commune + département) : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

Responsables légaux : il est important de renseigner les adresses des 2 responsables légaux pour la transmission des résultats scolaires et pour l'envoi des documents concernant les élections des représentants de parents d'élèves.

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

	PÈRE	MÈRE	AUTRE : tiers, famille d'accueil
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
NOM			
Prénom			
Adresse			
Code postal			
Ville			
Tel. domicile			
Tel. mobile			
@ Courriel			
Profession			
Tel. travail			
Organisme			
Communication de l'adresse (postale + courriel) aux associat° de parents d'élèves	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

INFORMATIONS PERISCOLAIRES

Garderie du matin : OUI NON PARFOIS

Garderie du soir : OUI NON PARFOIS

Restaurant scolaire : OUI NON PARFOIS

Transport scolaire : OUI NON PARFOIS

Déplacement maison / école : SEUL ACCOMPAGNÉ

AUTRES ADULTES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET / OU AUTORISÉS À PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE

NOM : _____ Prénom : _____ Tel : _____

Adresse : _____ Lien avec l'enfant (*parent, voisin...*) : _____

À CONTACTER EN CAS D'URGENCE AUTORISÉ À PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE

NOM : _____ Prénom : _____ Tel : _____

Adresse : _____ Lien avec l'enfant (*parent, voisin...*) : _____

À CONTACTER EN CAS D'URGENCE AUTORISÉ À PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE

NOM : _____ Prénom : _____ Tel : _____

Adresse : _____ Lien avec l'enfant (*parent, voisin...*) : _____

À CONTACTER EN CAS D'URGENCE AUTORISÉ À PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE

INFORMATIONS MÉDICALES

Médecin traitant : _____ Ville : _____ Tel : _____

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : ___ / ___ / _____ Asthme : OUI NON

Allergies : OUI NON ⇒ Si OUI, précisez : _____

Autres problèmes de santé : _____

Port de lunettes : OUI NON ⇒ Si OUI, précisez : EN PERMANENCE EN CLASSE SEULEMENT

AUTORISATION PARENTALE DE PRISES DE VUE (photographies)

Je soussigné(e) _____, responsable légal de l'enfant _____, autorise la publication de photographies :

1 – A l'intérieur de l'école (panneaux d'affichage en classe, dans les cahiers...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
--	---

2 – Pour la photographie de classe	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
------------------------------------	---

3 – Sur le site de l'école (toutemonannée.com)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
--	---

4 – Dans des journaux locaux (Journal du Centre, Infos Crux)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
--	---

5 – Dans des courriers à destination de nos correspondants	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
--	---

Fait à _____, le ___ / ___ / _____

Signature des responsables légaux