

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

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

L'élève

Nom : Prénom : Sexe : M F
Né(e) le à (Commune et département)
Nationalité : année d'arrivée en France :
Adresse (principale de l'enfant) :
Code postal Commune
Frères et sœurs dans l'école (noms, prénoms, dates de naissance)

Responsables légaux

Mère de l'enfant : Nom de jeune fille : Prénom :
Nom marital (nom d'usage) : Nationalité :
Profession : Autorité parentale : oui non
Adresse (**si** différente de celle de l'élève) :
Code postal Commune
Tel : domicile : Portable : travail :

Père de l'enfant : Nom : Prénom :
Profession : Nationalité : Autorité parentale : oui non
Adresse (**si** différente de celle de l'élève) :
Code postal Commune
Tel : domicile : Portable : travail :



Situation familiale.

Mariés vie maritale Célibataire Divorcés séparés Veuf(ve) Pacsés

Autre responsable légal (personne physique ou morale, tuteur,) : Autorité parentale : oui non
Nom prénom : Lien avec l'enfant :
Profession :
Adresse (**si** différente de celle de l'élève) :
Code postal Commune
Tel : domicile : Portable : travail :

Assurance de l'enfant

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

Joindre impérativement une attestation d'assurance

Personnes à appeler en cas d'urgence (autres que parents disposant de l'autorité parentale)

1: **NOM** :

Lien avec l'enfant :

☎ Téléphone domicile

☎ Téléphone portable

☎ Téléphone travail

⇒ Numéro de poste

2: **NOM** :

Lien avec l'enfant :

☎ Téléphone domicile

☎ Téléphone portable

☎ Téléphone travail

⇒ Numéro de poste

Autorisation

▶ **En cas d'urgence**, un élève accidenté ou malade est transporté par les services de secours d'urgence vers **l'hôpital**, le mieux adapté.

▶ **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.

A le Signature des parents

▶ **Problèmes de santé** (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre... remarques...)

.....

Lunettes

Si votre enfant porte des lunettes, il doit les porter :

en permanence

... ou ...

en classe uniquement



Informations périscolaires (Ces informations n'ont pas valeur d'inscription !)

Garderie

	lundi	mardi	jeudi	vendredi
matin				
soir				

Restauration scolaire

	lundi	mardi	jeudi	vendredi

Déplacements domicile - école

seul

accompagné

Suivi extérieur

	Nom de l'intervenant (commune d'exercice)	Jours du suivi
Service de soins (CMPP...)		
Orthophoniste		
Psychologue		
Autre		

Autres informations utiles

.....
.....