

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

« Ulis école »

ELEVE	
NOM :	Sexe : M F
Prénoms :	
Né(e) le :	Lieu de naissance :
Adresse :	
Code postal :	Commune :

RESPONSABLES LEGAUX		
Mère	Autorité parentale : OUI NON	
NOM :	Prénom :	Date de naissance :
Adresse :		
Code postal :	Commune :	
Téléphones : ...../...../...../...../..... ou ...../...../...../...../.....		
Profession :	Téléphone travail :	

RESPONSABLES LEGAUX		
Père	Autorité parentale : OUI NON	
NOM :	Prénom :	Date de naissance :
Adresse :		
Code postal :	Commune :	
Téléphones : ...../...../...../...../..... ou ...../...../...../...../.....		
Profession :	Téléphone travail :	

Il est important de renseigner le document concernant les deux responsables légaux pour la transmission des résultats scolaires (circulaire N°94-149 du 13/04/1994) et pour les élections des représentants des parents d'élèves puisque chaque parent est désormais électeur et éligible (note de service N°2004-104 du 25/06/2004).

FAMILLE D'ACCUEIL / LIEU DE VIE DE L'ENFANT	
NOM :	Prénom :
Adresse :	
Code postal :	Commune :
Téléphones : ...../...../...../...../..... ou ...../...../...../...../.....	

PERSONNE A APPELER EN CAS D'URGENCE	
NOM :	Prénom :
Lien avec l'enfant :	
Adresse :	
Code postal :	Commune :
Téléphones : ...../...../...../...../..... ou ...../...../...../...../.....	

TRAITEMENT/ALLERGIES/MALADIE		
Traitement éventuel :	Allergies :	Maladie/Asthme :

**INFORMATIONS PERISCOLAIRES**

Cantine : OUI NON PARFOIS		Régime alimentaire particulier et/ou allergies : .....	
Garderie		Matin : OUI NON Si oui, jours :	Après l'école : OUI NON Si oui, jours :
TAP : OUI NON	Jours :	Ateliers : - -	

**TAXI DOMICILE-ECOLE**

Transport scolaire : OUI NON	
Si oui :	Compagnie de taxi :
Téléphone : ...../...../...../...../.....	
Chauffeur :	Téléphone portable du chauffeur : ...../...../...../...../.....

**TAXI ECOLE-SERVICE DE SOIN**

Transport : OUI NON	
Si oui :	Compagnie de taxi :
Téléphone : ...../...../...../...../.....	

**PRISE EN CHARGE (SOINS)**

Lieux :	Type de suivi (orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, psychologue, éducateur...)	Nom du soignant :	Jours et horaires des prises en charge :

**DROIT A L'IMAGE**

Nous autorisons la diffusion de photos de notre enfant :

- sur le blog de la classe protégé par un mot de passe OUI NON
- pour une utilisation dans un cadre pédagogique interne à l'école (cahiers, journal de classe...) OUI NON
- pour une utilisation dans la presse locale (photos de presse prises lors d'événements de la ville) OUI NON

**AUTRE(S) INFORMATION(S) QUE VOUS JUGEZ UTILE DE M'APPORTER :**

--

Nous nous engageons à vous signaler tout changement modifiant les données mentionnées sur cette fiche.

Date :

Signature :