



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Élève

NOM de l'élève :

PRENOM de l'élève :

Date de naissance : lieu de naissance :

Adresse de l'enfant :



Adresse électronique (important) :

Mère de l'enfant :@.....

Père de l'enfant :@.....

Responsables légaux

Mère de l'enfant

Autorité parentale (1) : oui non
Situation familiale : célibataire, mariée, veuve, divorcée,
séparée, concubine, Pacsée (1)

NOM de la mère :

PRENOM de la mère :

Adresse :

Profession :

N° de tél. (domicile) :

N° de tél. (portable) :

N° de tél (travail) :

Père de l'enfant

Autorité parentale (1) : oui non
Situation familiale : célibataire, marié, veuf, divorcé,
séparé, concubin, Pacsé (1)

NOM du père :

PRENOM du père :

Adresse :

Profession :

N° de tél. (domicile) :

N° de tél. (portable) :

N° de tél (travail) :

Fratrie

Nom et prénom	Date de naissance	établissement

(1) barrer la mention inutile

AUTORISATION DE SOINS

L'enfant :

Nom de l'enfant : date de naissance :

Prénom de l'enfant :

Responsable(s) légal (aux) :

NOM(S) et Prénom(s) :

Adresse :

Assurances :

Responsabilité civile oui non **individuelle accident** oui non

Compagnie d'assurance : Mutuelle :

Numéro de sécurité sociale :

Informations utiles relatives à la santé de votre enfant

Porte des lunettes : oui non (toujours, en classe seulement (1))

Problèmes de santé : oui non

Si oui, veuillez mentionner les problèmes de santé (allergies...) :

.....

.....

Traitement particulier :

.....

Autorisation de soins :

En cas d'accident grave survenant à mon enfant durant les cours, activités scolaires, sorties,..., **j'autorise l'enseignant ou le directeur d'école à prendre les mesures d'urgence qu'il estimera utiles** à la santé de mon enfant :

oui non

En outre, **j'autorise l'équipe médicale à laquelle mon enfant sera confié à pratiquer les soins nécessaires** sans attendre ma présence si la situation l'exige :

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.

Nom du médecin traitant : n° de Tél. :

Fait à....., le

Signature du (des) responsable(s) légal(aux) :



Personnes ayant votre autorisation pour venir chercher votre enfant (maternelle)

Je vous prie de bien vouloir me faire connaître le nom des personnes qui sont habilitées à venir chercher votre (vos) enfant(s) à la sortie des classes.

Nom et Prénom de l'enfant concerné : **classe de :**

Nom	prénom	adresse	N° de téléphone

Fait à, le

Signature :