



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

IDENTITE DE L'ÉLEVE

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : M F

Né(e) le : _____ A : _____

Classe : _____

	RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Parenté	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur
Nom		
Prénom		
Adresse complète		
Tel. Fixe		
Tél Portable		
Tél. Travail		
Adresse e-mail		
Profession		
Code CSP (Catégorie socio-professionnel)		
Communication	<input type="checkbox"/> J'autorise <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas la communication de mon adresse aux associations de parents d'élèves.	<input type="checkbox"/> J'autorise <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas la communication de mon adresse aux associations de parents d'élèves.
Situation	<input type="checkbox"/> mariés (ou pacsés) <input type="checkbox"/> divorcés ou séparés <input type="checkbox"/> famille monoparentale <input type="checkbox"/> concubinage Si divorcés ou séparés, l'autorisation parentale est-elle conjointe ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

AUTRES PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE

Nom				
Prénom				
Lien de parenté/ de connaissance				
Numéro de téléphone				
	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé(e) à prendre l'enfant	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé(e) à prendre l'enfant	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé(e) à prendre l'enfant	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé(e) à prendre l'enfant

FICHE MEDICALE

EN CAS D'URGENCE, le centre 15 (SAMU) sera appelé. 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	Adresse	Numéro de téléphone
Dr		

Port de lunettes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Allergies à signaler	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, lesquels : _____

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique		Numéro de sécurité sociale	
--	--	----------------------------	--

RAPPEL : Aucun médicament ne peut être donné aux enfants à l'école.

Si l'état de santé de votre enfant nécessite un aménagement particulier au niveau de sa scolarité ou la prise de médicaments pendant le temps scolaire, un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) devra être mis en place.

Après discussion avec un professionnel de santé, mon enfant nécessite d'un PAI : oui non

DELEGATION DE POUVOIR

Je soussigné (e) (NOM, Prénom) _____ autorise Mme TESSIER, directrice de l'école Sainte Marie ou, en son absence, l'adjoint ayant sa délégation, à prendre, en cas d'urgence, toutes dispositions de transport, hospitalisation ou intervention clinique jugés indispensables par le médecin appelé pour mon enfant : _____

Cette autorisation ne vaut qu'en cas d'impossibilité de me joindre dans les délais exigés par l'état de mon enfant.

Fait à _____ le _____

Signature des deux parents,

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e) (NOM, Prénom) _____ autorise mon enfant _____ à participer aux sorties scolaires. En cas d'urgence, j'autorise l'enseignant qui a la charge de mon enfant à prendre toutes mesures de transport et d'hospitalisation rendues nécessaires par son état.

Cette autorisation ne vaut qu'en cas d'impossibilité de me joindre dans les délais exigés par l'état de mon enfant.

Fait à _____ le _____

Signature des deux parents,

IMPORTANT : Nous signalerons par écrit à l'enseignant et à la directrice toute modification survenant en cours d'année concernant les renseignements mentionnés ci-dessus.

RESPONSABLE 1

J'atteste de l'exactitude de ces informations.

Le :

Signature :

RESPONSABLE 2

J'atteste de l'exactitude de ces informations.

Le :

Signature :