

Année scolaire /

Section

Classe de

ÉLÈVE

NOM d'usage :

Prénom : / /

Date de naissance : / / **Lieu de naissance:**..... (commune et département)

Adresse :

Code postal ville

REPRÉSENTANTS LÉGAUX

PARENT 1: autorité parentale oui / non

Date de naissance :

Nom d'usage :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

Code postal ville

Courriel :

Téléphones : domicile : portable : travail :

Profession : N° de poste :

PARENT 2: autorité parentale oui / non

Date de naissance:

Nom d'usage :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse:

Code postal ville

Courriel :

Téléphone: domicile : portable : travail :

Profession : N° de poste :

**Autre responsable
légal**

autorité parentale oui / non

Date de naissance:

Nom d'usage :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse:

Code postal ville

Courriel :

Téléphone: domicile : portable : travail :

Profession : N° de poste :

Autres personnes à appeler en cas d'urgence et/ou autorisées à prendre l'enfant à la sortie des classes

NOM : Prénom : A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : Autorisé(e) à prendre l'enfant
ADRESSE :
Code postal Ville :

TÉLÉPHONE domicile.....portable..... travail.....
NOM : Prénom : A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : Autorisé(e) à prendre l'enfant
ADRESSE :
Code postal : Ville :

TÉLÉPHONE : domicile.....portable.....travail.....
NOM : Prénom : A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : Autorisé(e) à prendre l'enfant
ADRESSE :
Code postal Ville :

TÉLÉPHONE domicile.....portable.....travail.....

Informations périscolaires

Garderie matin : oui / non Garderie soir : oui / non Restaurant scolaire : oui / non

Assurance de l'enfant

fournir une attestation d'assurance

Responsabilité civile : oui / non Individuelle accident : oui / non

Compagnie d'assurance :..... Numéro de police d'assurance :....

Autorisations à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes

Ne cocher qu'en cas de refus

Parent 1 Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires
Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves

Parent 2 Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires
Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves

SANTÉ

Votre enfant a-t'il un problème de santé ? oui / non lesquels ? : Allergies, asthme, autre
Est-il suivi par un spécialiste ? (orthophoniste, psychologue, pédopsychiatre, psychomotricien, autre

Rappel : aucun médicament ne sera délivré par l'école sans l'établissement d'un PAI (protocole signé entre parents, médecin scolaire, école, et mairie)

Nous nous engageons à signaler à l'école tous changements modifiant les informations mentionnées sur cette fiche

Date : **Signature du parent 1** **Signature du parent 2** **Signature du représentant légal**