

ELEVE

NOM : _____ Prénoms : _____ Sexe : M F

Né(e) le :/...../..... A (commune et département) : _____

Adresse : _____

RESPONSABLES LEGAUX

Mère Nom (naissance) _____ autorité parentale : Oui Non

Nom (marital) _____ Prénom : _____

Situation familiale : (1) : _____

Profession : _____

Adresse : _____
(si différente de celle de l'élève)

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Téléphone portable : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Téléphone travail : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ N° de poste : _____

Courriel : _____ @ _____

Père Nom _____ autorité parentale : Oui Non

Prénom : _____

Situation familiale : (1) _____

Profession : _____

Adresse : _____
(si différente de celle de l'élève)

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Téléphone portable : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Téléphone travail : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ N° de poste : _____

Courriel : _____ @ _____

Autre responsable légal (personne physique ou morale) autorité parentale : Oui Non

Organisme : _____ Personne référente : _____

Fonction : _____ Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Téléphone portable : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Courriel : _____ @ _____

(1) Célibataire – Marié(e) – veuf(ve) – divorcé(e) – séparé(e) – concubin(e) – Pacsé(e)

(le cas échéant, apporter l'extrait du jugement concernant la garde des enfants)

Responsables légaux : 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)
- Les élections des représentants des parents d'élèves : chaque parent est désormais électeur et éligible (note de service n° 2004-104 du 25/06/2004)

PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE (autres que les représentants légaux)

NOM	PRENOM	N° téléphone fixe	N° de tél portable

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : Oui Non Individuelle Accident : Oui Non

Compagnie d'assurance : _____ N° de police d'assurance _____

Joindre l'attestation d'assurance

SANTE

Médecin traitant : _____ N° téléphone : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Commune : _____

Problème particulier de santé : _____

L'enfant est-il sujet à une affection chronique nécessitant la prise de médicaments : Oui Non

Si oui, lesquels : _____

Pour les enfants déjà scolarisés l'an passé, un protocole médical avait-il été établi : Oui Non

L'enfant est-il (ou a-t-il été) suivi (orthophoniste, psychologue, pédopsychiatre ... ?) Oui Non

En cas d'accident, les parents autorisent l'enseignant(e) à prendre toutes les mesures qu'il (elle) jugera nécessaire :

Oui Non

FRATRIE

NOM	Prénoms (frères et sœurs)	Age

AUTORISATION (à remplir par les deux parents en cas d'adresse différente)

Mère : Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves

Père : Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves

Je m'engage à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche

Date : _____

Signature de la Mère

Signature du père