

NOM et Prénom de l'élève..... Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Date et lieu de naissance..... Classe Enseignant.....	Photo
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------

FAMILLE					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center; font-weight: bold;">PERE</td> <td style="padding: 5px;"> Nom..... Prénom..... </td> </tr> </table>	PERE	Nom..... Prénom.....	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center; font-weight: bold;">MERE</td> <td style="padding: 5px;"> Nom..... Nom de jeune fille : Prénom..... </td> </tr> </table>	MERE	Nom..... Nom de jeune fille : Prénom.....
PERE	Nom..... Prénom.....				
MERE	Nom..... Nom de jeune fille : Prénom.....				
Adresse.....	Adresse (si différente).....				
Profession :	Profession :				
Numéros de téléphone : Domicile : Travail : Portable : Adresse électronique :	Numéros de téléphone : Domicile : Travail : Portable : Adresse électronique :				
Autorité parentale : o oui o non	Autorité parentale : o oui o non				
Situation de famille : célibataire o marié(e) o veuf(ve) o divorcé(e) o séparé(e) o concubin(e) o					

PHOTOGRAPHIES
Nous soussignés, Monsieur et /ou Madame autorisons les enseignants de l'école à photographier ou à filmer notre/mon enfant dans le cadre des activités scolaires. o oui o non à diffuser ces images à l'entourage familial des élèves o oui o non à publier ces images sur le site internet de l'école ou dans la presse o oui o non (L'école veillera à ce qu'aucune identité d'élève ne puisse être rapprochée des photographies mises en ligne.)
A Euves le Signature des parents

ADRESSE
J'autorise l'école à communiquer mes adresses, postale et électronique, aux associations de parents d'élèves.
Père o oui o non Mère o oui o non

ASSURANCE (Joindre l'attestation)
Compagnie

SANTE

Médecin de famille Téléphone.....

Problèmes particuliers de santé (allergie, asthme,) :

Pour les enfants déjà scolarisés l'an passé, un protocole médical avait-il été établi ? oui non

L'enfant a-t-il été suivi par un :

orthophoniste psychologue pédopsychiatre autres

L'enfant est-il encore actuellement suivi? oui non par

L'enfant porte-t-il des lunettes en permanence ? oui non

Nom et numéros de téléphone des personnes à prévenir en cas de maladie ou d'urgence et habilités à reprendre l'enfant par ordre de priorité :

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

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.

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame autorisons les personnes qui ont la charge de mon enfant à prendre toutes les dispositions utiles.

Nous autorisons également l'anesthésie de notre enfant au cas où victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

A Eaunes, le Signature des parents

FRATRIE

Prénom des frères et sœurs	Nom	Age

Je m'engage à signaler tout changement modifiant les informations mentionnées sur cette fiche.

A Eaunes, le

Signature de la mère

Signature du père