



## Fiche de renseignements 2019/2020

*Merci de remplir avec attention cette fiche sans rien oublier et de prévenir l'école de tout changement concernant ces renseignements en cours d'année.*

**L'enfant :**

NOM : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Porte-t-il (elle) des lunettes ? OUI  NON   
 Si oui, doit-il les garder à l'extérieur de la classe ? OUI  NON



*Merci de cocher, ci-dessous, le responsable légal de l'enfant.*

*Il est important de bien renseigner les coordonnées des responsables légaux pour :*

- La transmission des résultats scolaires sur demande (circulaire n°94-149 du 13/04/1994),
- Les élections des représentants de parents d'élèves : chaque parent est électeur et éligible.

**Le père :**

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_

*Les parents sont : mariés , concubins ,*

Adresse :  
 N°\_\_ Rue : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Portable : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_  
 Lieu d'exercice : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_

**La mère :**

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_

*séparés , divorcés  pacsés*

Adresse : (si différente du père )  
 N°\_\_ Rue : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Portable : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_  
 Lieu d'exercice : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_

**Autre (tuteur, famille d'accueil) :**

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse :  
 N°\_\_ Rue : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Portable : \_\_\_\_\_

*L'un des parents (ou autre adulte responsable) est-il présent à la maison pendant les heures de classe ? \_\_\_*

*Si non, veuillez indiquer la personne à joindre :*

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Portable : \_\_\_\_\_

*Autorisez-vous cette personne à venir chercher l'enfant pendant le temps scolaire ?(prévenir par écrit avant)*

OUI  NON

**Médecin de famille :**

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse :  
 N°\_\_ Rue : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_



## Fiche de renseignements 2019/2020

<u>Frères et soeurs</u>			
NOM Prénom	Age	Classe	Nom de l'établissement

### DISPOSITIONS EN CAS D'ACCIDENT :

*En cas d'accident, l'école prendra toutes les dispositions pour alerter le plus rapidement possible les parents. L'enfant sera ramené par un parent à son domicile si cela est possible. Dans les cas graves, le SAMU ou les pompiers dirigeront votre enfant vers l'établissement hospitalier le plus adapté.*

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Allergies :  NON     OUI : Projet d'Accueil Individualisé déjà mis en place en .....

Prise en charge médicale extérieure :  NON     OUI

Si oui :  orthophoniste : coordonnées \_\_\_\_\_

psychologue : coordonnées \_\_\_\_\_

CMP / CMPP : coordonnées \_\_\_\_\_

éducateur/trice : coordonnées \_\_\_\_\_

autre(s) : \_\_\_\_\_

Médicaments à proscrire, renseignements utiles, etc : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ASSURANCE

Je certifie que mon enfant est assuré en responsabilité civile et individuelle accident.

Nom de la compagnie : \_\_\_\_\_

N° de police : \_\_\_\_\_

*Joindre une copie de la police attestant que les risques scolaires sont bien garantis : individuelle accident + responsabilité civile.*

*Signature du responsable légal :*

### AUTORISATION SIMPLIFIEE de PRISE de VUES

**J'accepte** que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités.

**Je n'accepte pas** que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires.

*Signature du responsable légal :*