

École : maternelle / élémentaire – RPI LA CHAUSSÉE BUTTEAUX PERCEY GERMIGNY

Ecole :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire :
ÉLÈVE

Niveau :

Classe :

NOM de famille : _____ NOM d'usage: _____ Sexe : M F

Prénom(s) : _____ / _____ / _____

Né(e) le : ____ / ____ / _____ Lieu de naissance (commune et département) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

LES RESPONSABLES LÉGAUX

Mère NOM de famille : _____ Autorité parentale : Oui Non

NOM d'usage: _____ Prénom : _____

Profession : _____

Adresse : _____

Code postal: _____ Commune: _____

Tél. domicile: _____ Tél. portable: _____ Tél. travail: _____

Numéro de poste: _____ Courriel : _____

Père NOM de famille : _____ Autorité parentale : Oui Non

NOM d'usage: _____ Prénom : _____

Profession : _____

Adresse : _____

Code postal: _____ Commune: _____

Tél. domicile: _____ Tél. portable: _____ Tél. travail: _____

Numéro de poste: _____ Courriel : _____

En cas de séparation : (Merci de nous transmettre une copie du jugement)

Garde alternée - Garde exclusive de la mère - du père

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

Organisme : _____

Fonction : _____ Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal: _____ Commune: _____

Tél:

Tél. portable:

Courriel :

INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES

Garderie matin : Oui Non occasionnellement / tous les jours

Garderie soir : Oui Non occasionnellement / tous les jours

Assistance Maternelle : Oui Non

Si oui, Nom et N° téléphone : _____

Restaurant scolaire : Oui Non

Transport scolaire : MATIN - Oui Non

SOIR Oui Non

MIDI Oui Non Si oui, précisez point de montée :

et point de descente :

ASSURANCE DE L'ENFANT

N° Sécurité sociale : _____ Organisme d'Affiliation :

Responsabilité civile : Oui Non Individuelle Accident : Oui Non

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

JOINDR L'ATTESTATION D'ASSURANCE

CAF, N° allocataire : _____

MSA : Oui Non _____ Autres, précisez :

AUTORISATION

- (à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes) - (Ne cocher qu'en cas de refus)

Je ne désire pas communiquer mes coordonnées aux associations de parents d'élèves.	Mère	Père
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

NOM: _____ Prénom: _____ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code postal: _____ Commune: _____

Téléphone domicile: _____ Téléphone portable: _____

Téléphone travail: _____ Numéro de poste: _____

NOM: _____ Prénom: _____ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code postal: _____ Commune: _____

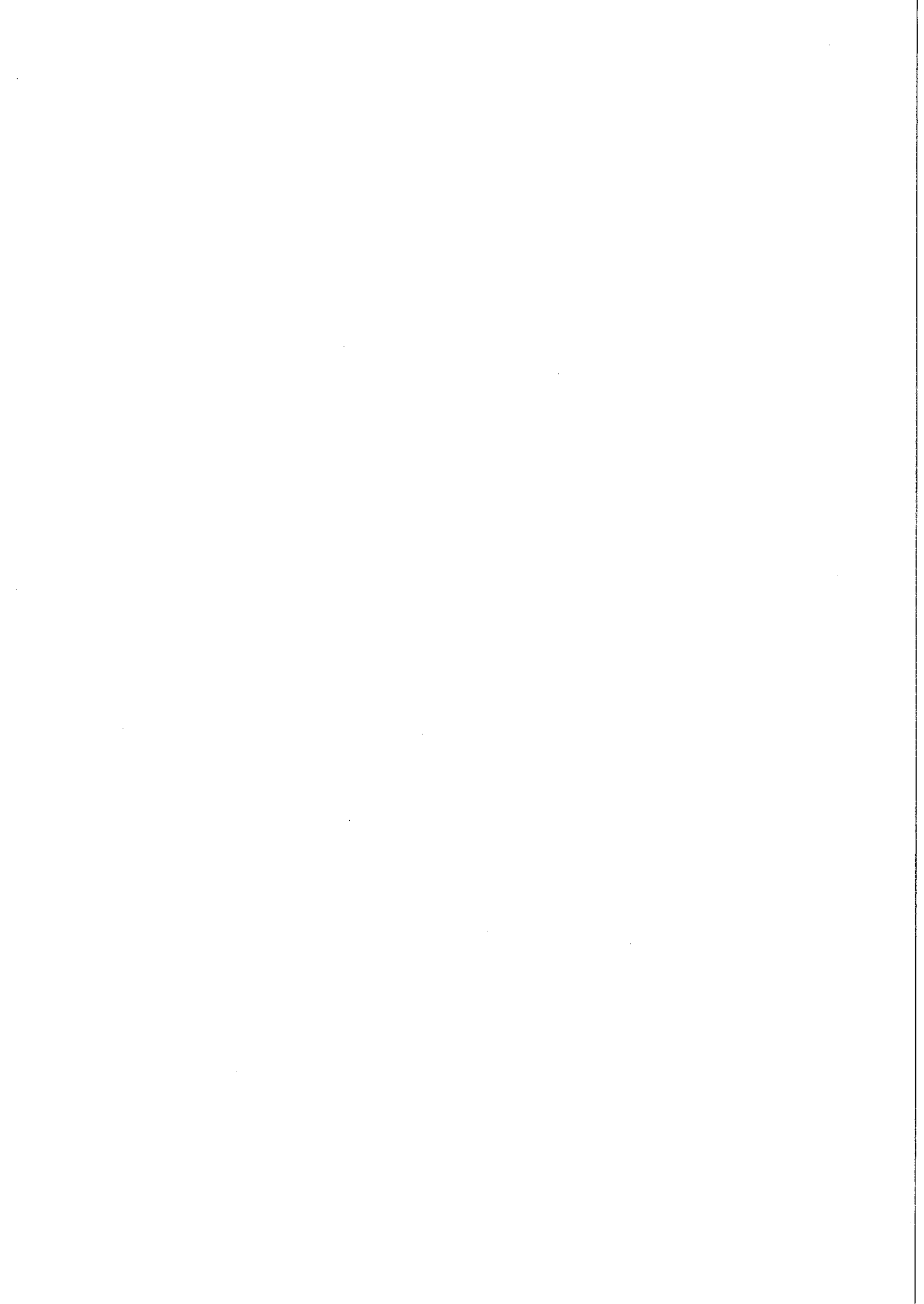
Téléphone domicile: _____ Téléphone portable: _____

Téléphone travail: _____ Numéro de poste: _____

Date :

Signature de la mère :

Signature du père :



FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS

Document non confidentiel à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

Nom de l'établissement :

Année scolaire : L L L L / L L L L

Élève :

Nom :

Prénom :

Classe :

Date de naissance : L L / L L / L L L L

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

N° et adresse du centre de sécurité sociale :

N° et adresse de l'assurance scolaire :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1. N° de téléphone du domicile : L L L / L L L / L L L / L L L / L L L

2. N° du travail du père : L L L / L L L / L L L / L L L / L L L

Poste :

3. N° du travail de la mère : L L L / L L L / L L L / L L L / L L L

Poste :

4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :
L L L / L L L / L L L / L L L / L L L

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. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

.../.../.....

(Pour être efficace cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Coordonnées du médecin traitant :

Nom :

Adresse :

.....
.....
.....
.....
.....

N° de téléphone : .../.../.../.../...