

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT

Nom : Prénom :

Sexe : M F Né(e) le ____ / ____ / ____ à
(Commune et département)

Nationalité : (année d'arrivée en France :))

Adresse (principale de l'enfant) :

Code postal Commune

(École fréquentée l'an passé :))



Maternelle Colette

RESPONSABLES LÉGAUX

Numéro à appeler en priorité en cas d'urgence :

Parent 1 : Nom de famille: Prénom

Nom d'usage : Nationalité :

Profession : Autorité parentale : oui non

Situation de famille: célibataire union libre mariés / pacsés divorcés séparés

Adresse (**si** différente de l'élève) :

Code postal Commune



Tel : domicile : portable :

travail :



mail:@.....

J'accepte de communiquer mon adresse (postale / mail) aux associations de parents d'élèves

Parent 2 : Nom de famille: Prénom

Nom d'usage : Nationalité :

Profession : Autorité parentale : oui non

Adresse (**si** différente de l'élève) :

Code postal Commune



Tel : domicile : Portable :

travail :



mail:@.....

J'accepte de communiquer mon adresse (postale / mail) aux associations de parents d'élèves

Tuteur ou autre responsable légal :

Nom de famille: Prénom

Lien avec l'enfant / organisme:

Tel : domicile :

Portable :

FAMILLE

Prénoms / date de naissance des frère(s) et sœur (s) :

.....né(e) le..... - -né(e) le.....
.....né(e) le..... - -né(e) le.....

AUTRES personnes à appeler en cas d'urgence et autorisées à venir chercher l'enfant

Nom:.....	Nom:.....	Nom:.....
Prénom	Prénom	Prénom
lien avec l'enfant :	lien avec l'enfant :	lien avec l'enfant :
tél :.....	tél :.....	tél :.....

ASSURANCE de l'enfant

Responsabilité civile **oui** **non**

Individuelle accident **oui** **non**

Compagnie d'assurance :

Numéro de police d'assurance :

Joindre une attestation d'assurance à chaque rentrée

SANTÉ

Lunettes Si votre enfant porte des lunettes, il doit les porter :

en permanence ... OU... **en classe uniquement**



Problèmes de santé (allergies, précautions à prendre, ...)

.....
.....



En cas d'urgence :

Date du dernier rappel antitétanique (vaccin DTP) :

En cas d'urgence, l'école fait appel au 15 et l'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. L'élève ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame autorisons l'école à faire hospitaliser notre enfant en cas d'accident grave ou de nécessité et à faire procéder à une anesthésie si une intervention chirurgicale urgente apparaît nécessaire au praticien chargé de l'examiner.

Signature des parents :

AUTORISATIONS PHOTOS / VIDÉOS

J'autorise les enseignants de l'école à prendre et utiliser sans contrepartie financière **dans le cadre pédagogique** des photos, vidéos, enregistrements sonores, créations de mon enfant réalisés **au cours des activités scolaires** pour une communication au public, y compris pour la formation des enseignants.

Attention : Une réponse négative oblige l'école à un retrait de l'enfant lors de la prise de photos.

OUI

NON

REGLEMENT INTERIEUR DE L'ECOLE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame déclarons avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'école et nous engageons à le respecter.

Signature des parents :