



FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

IMPORTANT : Tout changement (situation familiale, adresse, n° de téléphone, santé...) devra être signalé le plus rapidement possible **par écrit.**

L'élève

Nom : Prénom : Classe : Sexe : M F

Né(e) le à (Commune et département)

Nationalité : année d'arrivée en France :

Adresse (principale de l'enfant) :

Code postal Commune

Ecole fréquentée l'an passé : à

Frères et sœurs (noms, prénoms, dates de naissance)

Responsables légaux

Mère de l'enfant : Nom de jeune fille : Prénom :

Nom marital (nom d'usage) : Nationalité :

Profession : Autorité parentale : oui non

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

Code postal Commune

Tel : domicile : Portable : travail :

Père de l'enfant : Nom : Prénom :

Profession : Nationalité : Autorité parentale : oui non

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

Code postal Commune

Tel : domicile : Portable : travail :



Situation familiale.

Mariés vie maritale Célibataire Divorcés séparés Veuf(ve) Pacsé

Autre responsable légal (personne physique ou morale, tuteur,) : Autorité parentale : oui non

Nom prénom : Lien avec l'enfant :

Profession :

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

Code postal Commune

Tel : domicile : Portable : travail :

Assurance de l'enfant

Compagnie d'assurance : Numéro de police d'assurance :
Joindre impérativement une attestation d'assurance lors de la semaine de la rentrée, avec la mention

« individuelle accident », Les sorties scolaires sont interdites sans ce document.

Ou remplir le coupon joint d'offre de la mutuelle st Christophe(en joignant le règlement).

Personne à appeler en cas d'urgence (autres que parents disposant de l'autorité parentale)

1: NOM :

à appeler en cas d'urgence !

Lien avec l'enfant :

☎ Téléphone domicile

☎ Téléphone portable

Autorisation

- ▶ **En cas d'urgence**, un élève accidenté ou malade est transporté par les services de secours d'urgence vers **l'hôpital**, le mieux adapté.
- ▶ **Autorisation d'intervention chirurgicale**
Nous, soussignés, Monsieur et/ou Madame autorisons l'anesthésie de notre fils (fille) au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il (elle) aurait à subir une intervention chirurgicale.

A le **Signature des parents**

- ▶ **soucis de santé** (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre... remarques...(rajouter une feuille si nécessaire.)

Lunettes

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

↳ en permanence ... ou... en classe uniquement



AUTORISATIONS

oui non

« PHOTOS »

J'autorise les enseignants de l'école à utiliser **dans le cadre pédagogique** des photos de mon enfant prises **au cours des activités scolaires**. (types de photos possibles : journal de l'école, affichages de classe, documents de formation éducation nationale, vente traditionnelle de photos de classes, articles de presse locale lors de manifestations organisées par l'école, site internet de l'école.)

AUTORISATION D'UTILISATION DE L'OUTIL INFORMATIQUE ET D'ACCES A INTERNET SOUS LA SURVEILLANCE DE L'ENSEIGNANTE ET DANS LE CADRE DES ACTIVITES ET RECHERCHES SCOLAIRES.

Adresse mail à l'usage de l'école et de l'enseignant de la classe :

Autorisation de transmettre cette adresse à l'association de parents d'élèves pour la transmission d'informations.

Signature des parents