



FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS.

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

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) :
Commune : Code Postal :
Ecole fréquentée l'an passé : à
Frères et sœurs (noms, prénoms, dates de naissance) :

Responsables légaux

Parent 1 : Nom : Prénom :
Profession : Nationalité : Autorité parentale : O N
Adresse (si différente de celle de l'élève) :
Commune : Code postal :
Adresse mail :
Téléphone : Domicile : Portable : Travail :

Parent 2 : Nom : Prénom :
Profession : Nationalité : Autorité parentale : O N
Adresse (si différente de celle de l'élève) :
Commune : Code postal :
Adresse mail :
Téléphone : Domicile : Portable : Travail :

Situation familiale

Mariés Vie maritale Célibataire Divorcés Séparés Veuf (ve) Pacsé

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

Nom & prénom : Lien avec l'enfant :
Adresse (Si différente de celle de l'élève) :
Commune : Code postal : Profession :
Téléphone : Domicile : Portable : Travail :

Assurance de l'enfant

Compagnie d'assurance : N° police d'assurance :

N° de Sécurité Sociale : Régime :

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.

Si vous ne disposez pas d'assurance, remplir le coupon joint d'offre de la mutuelle St Christophe en joignant le règlement.

Personne à contacter en cas d'urgence (autre que les parents disposant de l'autorité parentale)

Nom :

Lien avec l'enfant :

Téléphone domicile : 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 enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il ou elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

Signatures des parents

A Le.....

✓ **Soucis de santé** (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre, remarques, etc)

.....
.....

Lunettes

Si votre enfant porte des lunettes, il doit les porter en permanence ou en classe uniquement

Autorisations

Photos : J'autorise les enseignants de l'école à utiliser dans le cadre pédagogique uniquement 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 classe, articles de presse locale lors de manifestations organisées par l'école, site internet et réseaux sociaux de l'école.)

Oui : Non :

Outils Informatiques : Autorisation d'utilisation de l'outil informatique et d'accès à internet sous la surveillance de l'enseignante et dans le cadre des activités et recherches scolaires.

Oui : Non :

Adresse mail à usage de l'école et des enseignantes :

Fait à le

Signature des parents