



Fiche de renseignements 2024-2025



Elève	
NOM :	Prénom :
Date de naissance : / /	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Lieu de naissance :	
Classe : <input type="checkbox"/> TPS <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1 <input type="checkbox"/> CE2 <input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/> CM2	
Nationalité :	
Adresse :	

Parents / Responsables légaux	
PERE	MERE
NOM et Prénom :	NOM et Prénom : NOM de jeune fille :
Situation familiale ¹ :	Situation familiale ¹ :
Autorité parentale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Vit avec l'enfant : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Vit avec l'enfant : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Nationalité :	Nationalité :
Adresse :	Adresse :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Téléphone travail :	Téléphone travail :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Mail :	Mail :
Profession :	Profession :

¹ Célibataire – Marié(e) – Divorcé(e) – Séparé(e) – Veuf(ve) – Concubin(e)

Fratric (frères et sœurs)	
NOM et Prénom :	Date de naissance : / /
NOM et Prénom :	Date de naissance : / /
NOM et Prénom :	Date de naissance : / /
NOM et Prénom :	Date de naissance : / /

Situation d'urgence	
Personnes à joindre en cas de nécessité :	
NOM et Prénom : Lien avec l'enfant :	N° de téléphone :
NOM et Prénom : Lien avec l'enfant :	N° de téléphone :
NOM du médecin traitant :	N° de téléphone :
Etablissement hospitalier souhaité : <i>(en cas d'urgence)</i>	N° de téléphone :
J'autorise l'école à prendre toutes les mesures d'urgence (contact des secours et transport vers l'hôpital) en cas de maladie ou d'accident survenu sur le temps scolaire à l'école ou lors d'une sortie scolaire. L'école informera immédiatement la famille. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Allergies/maladies/Vaccination
Problèmes de santé (<i>allergies, contre-indications, précautions particulières</i>) :
Date du dernier vaccin DTPolio :

Automédication ou PAI : dans l'éventualité d'un apport ou d'une prise de médicaments à l'école, le signaler impérativement à l'enseignant et à la directrice.

Autorisation d'utilisation de l'image de l'élève dans le cadre interne de l'école
J'autorise l'école à prendre des photos de mon enfant prises durant les activités et sorties scolaires et à les publier dans le cahier de vie, sur la page Facebook de l'école, sur le site Internet, sur des publications internes (exposés, journal d'école, photos de classe ...) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Autorisation de communication de données aux représentants des parents d'élèves
J'autorise l'école à communiquer mes informations personnelles (adresse mail et numéro de téléphone) aux représentants des parents d'élèves. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

A, le

Signature du père

Signature de la mère

Documents à joindre au dossier :

- Certificat de radiation
- Copie du Livret de famille
- Carnet santé (vaccinations)
- Acte judiciaire concernant l'autorité parentale (*si nécessaire*)
- Copie du livret scolaire