

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire 2020/2021.

Tout changement en cours d'année scolaire (adresse, n° de téléphone) devra être signalé dans les plus brefs délais.

Ecole : _____ Classe : _____ Enseignant (e) : _____

ELEVE

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M F

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

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Frères / Sœurs (noms / prénoms / établissements fréquentés / dates de naissance) :

1 : _____

2 : _____

3 : _____

4 : _____

RESPONSABLES LEGAUX En cas de séparation, merci de fournir une copie du jugement.

Mère de l'enfant	Père de l'enfant
Nom : _____	Nom : _____
Nom de jeune fille : _____	
Prénom : _____	Prénom : _____
Date et lieu naissance : _____	Date et lieu naissance : _____
Situation familiale(1) : _____	Situation familiale(1) : _____
Profession : _____	Profession : _____
Autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
N° allocataire CAF : _____	N° allocataire CAF : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Commune : _____	Commune : _____
Téléphone domicile : _____	Téléphone domicile : _____
Portable : _____	Portable : _____
Professionnel : _____	Professionnel : _____
Adresse mail : _____	Adresse mail : _____
Responsabilité civile : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Responsabilité civile: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Individuelle Accident : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Individuelle Accident : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Compagnie d'assurance : _____	Compagnie d'assurance : _____
Numéro de police d'assurance : _____	Numéro de police d'assurance : _____

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

ASSURANCE DE L'ENFANT (les 2 mentions responsabilité civile et individuelle accident sont obligatoires)

Responsabilité civile de l'enfant : oui non

Individuelle Accident de l'enfant: oui non

Compagnie d'assurance : _____

Numéro de police d'assurance : _____

Numéro et adresse du centre de Sécurité Sociale : _____

Autre responsable (famille d'accueil...)

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____ Date et lieu naissance : _____

Situation familiale(1) : _____ Profession : _____

Autorité parentale : oui non

N° allocataire CAF : _____

Adresse : _____

Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Portable : _____

Professionnel : _____

Adresse mail : _____

