

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire 2023/2024.

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

PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET / OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE de l'école, de la garderie péri-scolaire, de la cantine (si les parents ne sont pas joignables)

Nom : _____ Prénom : _____ <input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant Lien avec l'enfant : _____ Commune : _____ Téléphone : _____	Nom : _____ Prénom : _____ <input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant Lien avec l'enfant : _____ Commune : _____ Téléphone : _____
Nom : _____ Prénom : _____ <input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant Lien avec l'enfant : _____ Commune : _____ Téléphone : _____	Nom : _____ Prénom : _____ <input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant Lien avec l'enfant : _____ Commune : _____ Téléphone : _____
Nom : _____ Prénom : _____ <input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant Lien avec l'enfant : _____ Commune : _____ Téléphone : _____	Nom : _____ Prénom : _____ <input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant Lien avec l'enfant : _____ Commune : _____ Téléphone : _____

AUTORISATIONS

- 1) J'autorise la communication de mon adresse aux associations de parents d'élèves oui non
- 2) J'autorise mon enfant **scolarisé en école primaire** à quitter seul(e) la garderie périscolaire oui non
- 4) Pour les enfants **scolarisés en école maternelle** :
 - J'autorise la prise de photos de classe oui non
 - J'autorise la prise de photos lors de sorties scolaires oui non
 - J'autorise la prise de photos prises dans la classe oui non
- 5) Pour les enfants scolarisés en **maternelle et primaire**
 - J'autorise la prise de photos lors des animations sur le temps de garderie périscolaire et cantine oui non
 - J'autorise la diffusion des photos (sur les supports de communication de la commune de La Mure et le journal Le Dauphiné Libéré) oui non

AUTRES INDICATIONS CONCERNANT LA SANTE DE L'ENFANT A SIGNALER

Nom et téléphone du médecin traitant : _____
Problèmes médicaux / allergies : _____
Autres : _____

Merci de fournir un certificat médical pour les problèmes d'allergies.

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé pour asthme, diabète...) oui non

L'élève porte-t-il des lunettes oui non

Si oui doit-il les porter en classe seulement : _____

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : _____

En cas d'urgence, un 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, soit par l'école, soit par le personnel communal. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Merci de signaler tout problème de santé survenant à votre enfant au cours de l'année scolaire.

Date : _____ Signature de la mère : _____ Signature du père : _____ Autre représentant légal : _____