

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET D'URGENCE

Nom de l'élève : Prénom :

Né(e) le/...../..... à Nationalité :

Fille Garçon

Classe :

Adresse :

Code postal : Ville :

	Parent 1	Parent 2
Nom :
Prénom :
Adresse :
(si différente)
Tel domicile :
Tel portable :
Courriel :
Profession :
Lieu de travail :
Tel professionnel

Situation de Famille : mariés, vie maritale, PACS célibataire divorcés, séparés veuf(ve)
En cas de séparation ou de divorce, qui exerce l'autorité parentale? les deux le père la mère
Quel est le mode de garde? garde alternée chez le père chez la mère
(merci de joindre une copie du jugement du tribunal)

Frères et sœurs :	
Nom (si différent)
Prénom
Date de naissance

Personnes habilitées, en plus des parents, à venir chercher l'enfant à l'école :	
Je soussigné(e) père, mère ou tuteur de l'enfant.....	
autorise les personnes ci-après désignées à venir chercher mon enfant à la sortie de l'école.	
Nom
Prénom
Lien de parenté
Tel

L'enfant déjeune à la cantine : tous les jours tous les occasionnellement non
Il va à l'accueil périscolaire : matin soir..... occasionnellement non

Nous acceptons que nos nom et adresse soient communiqués aux associations de parents d'élèves de l'école :

Parent 1 : oui

non

Parent 2 : oui

non

En cas d'accident, prévenir selon l'ordre suivant:

	1	2	3	4	5
Nom					
Prénom					
Lien de parenté					
tel					

Médecin de famille Tel :

Assurance scolaire : MAE Autre :N° contrat :

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 par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Santé :

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitement en cours, port de lunettes, autres...)

.....
.....
.....

En cas de maladie chronique, nécessitant un traitement pendant le temps scolaire, un PAI (projet d'accueil individualisé) devra être rédigé entre l'enseignant, le médecin scolaire et les parents.

Les parents des élèves porteurs de lunettes de vue sont priés de remplir les renseignements ci-dessous :

Je soussigné(e).....responsable de l'enfant

déclare que mon enfant doit porter des lunettes de vue : en permanence en classe seulement

Droit à l'image/ photo de classe :

Chaque année, des photos de classe sont faites à l'école.
Compte-tenu de la réglementation actuelle sur la propriété de l'image, nous sommes tenus de recueillir votre autorisation.
Merci de nous accorder votre confiance.

Je soussigné(e).....responsable de l'enfant

autorise

n'autorise pas

l'école élémentaire de Thise à utiliser l'image de mon enfant à des fins exclusivement scolaires : photo de classe par un professionnel.

Date :

Signature du parent 1 :

Signature du parent 2 :

**Merci de nous prévenir de tout changement en cours d'année
(adresse, situation familiale ou professionnelle, numéro de tel.)**