

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année 200.-200.

Votre enfant,

NOM: _____ Prénom: _____ sexe _____

Né le : / / à: _____ Pays: _____ Nationalité: _____

Adresse (n° et rue): _____

Code postal: _____ Ville: _____ Tel: / / / / liste rouge

Votre enfant porte-t-il des lunettes? oui non

Si oui, doit-il les garder à l'extérieur de la classe? oui non

La famille, * entourez la bonne réponse

Situation familiale* : **Mariés** - **Célibataire** - **Divorcés** - **Séparés** - **Union Libre** **Veuf(ve)**

En cas de séparation: personne responsable de l'enfant* : Mère - Père - Autre

Personne(s) ayant l'autorité parentale* : Mère et Père - Mère seule - Père seul - Autre

Si un seul parent exerce l'autorité parentale, fournir une copie de la décision de justice notifiant cet état de fait.

	PERE	MERE (nom jeune fille)	TUTEUR
Nom	_____	_____	_____
Prénom	_____	_____	_____
Nationalité	_____	_____	_____
Profession	_____	_____	_____
Tel bureau	_____	_____	_____
Tel mobile	_____	_____	_____

Adresse **PÈRE** (si différente de celle de l'enfant)

n° et rue : _____

Code postal: _____ Ville: _____ Tel: ... / / / /

Adresse **MÈRE** (si différente de celle de l'enfant)

n° et rue : _____

Code postal: _____ Ville: _____ Tel: ... / / / /

Nombre d'enfants dans la famille

Autres enfants de la famille

NOM	Prénom	Date de naissance	Ecole	classe
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

➔ Votre enfant mangera-t-il à la cantine ? **oui non** (*Entourez les jours*) lundi mardi jeudi vendredi

➔ Votre enfant ira-t-il à l'étude ? **oui non**

DISPOSITIONS EN CAS D'ACCIDENT *

→ **Personne à prévenir en cas d'accident** - entourez la(les) réponse(s):

PERE MERE

AUTRE Nom : _____

Téléphone (1) : _____ (2) _____

précisez la compagnie

→ **Assurance scolaire** (entourez la réponse) :

MAE

autre

--

→ **Allergies éventuelles, médicaments à proscrire, traitements en cours, etc. :**

.....
.....

→ *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.*

→ **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 aurait à subir une intervention chirurgicale.

A le

signature des parents

* *DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.*

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière du service de promotion de la santé en faveur des élèves.