

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### ELEVE

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom (s) : \_\_\_\_\_

Sexe : M  F  Classe : \_\_\_\_\_ bilingue : OUI  NON

Né (e) le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Lieu de naissance (commune et département) : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ Année d'arrivée en France : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Ecole fréquentée précédemment (si autre que celle de Saint Gilles) : \_\_\_\_\_

### RESPONSABLES LEGAUX

Responsables légaux : il est important de renseigner le document concernant les deux responsables légaux pour :

- la transmission des résultats scolaires (circulaire n°9-149 du 13/04/1994)
- les élections des représentants des parents d'élèves : chaque parent est désormais électeur et éligible (note de service n°2004-104 du 25/06/2004)

#### Mère

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Autorité parentale : OUI  NON

Nom marital (nom d'usage) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Situation familiale (1) : \_\_\_\_\_

Adresse (si différente de celle de l'élève) : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Téléphone travail :

Numéro de poste :

Courriel : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

#### Père

Nom : \_\_\_\_\_ Autorité parentale : OUI  NON

Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Situation familiale (1) : \_\_\_\_\_

Adresse (si différente de celle de l'élève) : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Téléphone travail :

Numéro de poste :

Courriel : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

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

**Autre responsable légal (personne physique ou morale)**

Organisme : \_\_\_\_\_ Autorité parentale : OUI  NON

Personne référente : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

à appeler en cas d'urgence  autorisé(e) à prendre l'enfant

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Numéro de poste : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

à appeler en cas d'urgence  autorisé(e) à prendre l'enfant

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Numéro de poste : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

à appeler en cas d'urgence  autorisé(e) à prendre l'enfant

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Numéro de poste : \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS PERISCOLAIRES

Garderie matin : OUI  NON  Garderie soir : OUI  NON

Etude surveillée : OUI  NON

Cantine : OUI  NON  Si oui, jour :  lundi  mardi  jeudi  vendredi

Déplacement domicile – école : seul  accompagné

Transport utilisé : à vélo  à pied  autre

Autres enfants de la famille :

Nom - Prénom	Date de naissance	Classe / Etablissement

## ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : OUI  NON  Individuelle accident : OUI  NON

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_ N° de police d'assurance : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Vaccinations: BCG : Date \_\_\_\_\_

DTP : Date \_\_\_\_\_

Port de lunettes : OUI  en classe  en récréation

NON

Allergies : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autres problèmes médicaux : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Médecin de famille (Nom, adresse, téléphone) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AUTORISATION** de communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves  
(à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes)

Mère : OUI  NON

Père : OUI  NON

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

Date :

Signature :

Signature :