



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2021/2022



Date d'entrée dans l'établissement : \_\_/\_\_/\_\_

## Etat civil élève

Nom : \_\_\_\_\_

Sexe :  M  F

Prénom : \_\_\_\_\_

Département de naissance : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Pays de naissance : \_\_\_\_\_

Commune de naissance : \_\_\_\_\_

## Renseignements scolaires pour l'année à venir

Redoublant :  Oui  Non

Classe : \_\_\_\_\_

## Etablissement fréquenté l'an passé

Nom : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

## Autorité parentale (remplir lisiblement)

Parent(s) responsable(s) :  Père  Mère  Tuteur

Mariés  Pacsés  Concubins  Divorcés  Séparés  
 Veuf(ve)  Célibataire

*(Pour les parents divorcés ou séparés, fournir la photocopie de l'acte spécifiant le responsable légal de l'enfant et le droit de garde. Communiquez obligatoirement les renseignements concernant le parent qui n'a pas la garde de l'enfant.)*

	Père	Mère
<b>Nom – Prénom</b>		
<b>Adresse</b>		
<b>Téléphone domicile</b>		
<b>Téléphone portable</b>		
<b>Adresse mail*</b>		
<b>Profession Employeur Téléphone travail</b>		

*\*l'adresse mail est indispensable pour la communication d'informations importantes, merci de veillez à ce qu'elle soit lisible.*

**Famille :**

Nombre d'enfant à charge : \_\_\_\_\_

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	ETABLISSEMENT SCOLAIRE	CLASSE

**Scolarité :**

Etude ou garderie (maternelle) (16h45-18h) :  Lundi       Mardi       Jeudi       Vendredi

Demi-pensionnaire :                       Oui               Non

Adhésion APEL :                               Oui               Non

**Santé/urgence :**

Nom et numéro du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Vaccin obligatoire à l'admission Fournir un justificatif de vaccination. (La vaccination antitétanique nécessite un rappel tous les 5 ans.)

**Date dernier rappel D.T.P :** \_\_\_\_\_      **Prochain rappel :** \_\_\_\_\_

Observations particulières que vous jugerez utile de porter à la connaissance de l'établissement :

Précautions particulières – allergies	
Traitement suivi régulièrement (hors école)	
Contre-indications médicales éventuelles	
L'établissement doit-il mettre en place ou prolonger un P.A.I (maladies chroniques : asthme, diabète, hyperactivité,...)	
Suivi extérieur (orthophoniste, CMPP, psychomotricien, etc...)	
Autre	

**Ces informations sont non confidentielles.** Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin scolaire

En cas d'urgence, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Au cas où vous êtes injoignables, merci de nous indiquer des personnes à contacter :

	1 <sup>ère</sup> personne	2 <sup>ème</sup> personne	3 <sup>ème</sup> personne
<b>Nom – Prénom</b>			
<b>Lien avec l'enfant</b>			
<b>Téléphone</b>			

L'enfant est-il autorisé à partir seul de l'école (possible à partir du CP) :  Oui  Non

Liste des personnes autorisées à venir chercher l'enfant à l'école :

---

---

---

- J'atteste que les renseignements donnés ci-dessus sont exacts.
- Je m'engage à informer l'établissement de tout changement pouvant survenir en cours d'année.

**Signatures :**

**Père**

**Mère**

**Tuteur**