



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024/2025



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
Nom – Prénom		
Adresse		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Adresse mail*		
Profession Employeur Téléphone travail		

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

**Famille :**

Nombre d'enfant à charge : \_\_\_\_\_

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	ETABLISSEMENT SCOLAIRE	CLASSE

**Scolarité :**

Etude ou garderie (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. *Né(e) avant 2018 : DTP*  
*Né(e) après 2018 : Diphtérie, Tétanos, Polio, Coqueluche, Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b, Hépatite B, Pneumocoque, Méningocoque C, Rougeole, Oreillons et Rubéole.*

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 (obligatoire) :

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

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**