



Collège Sainte Marie

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024/2025

## Etat civil élève

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

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Département de naissance : \_\_\_\_\_

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

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

Sexe :  M  F

## Renseignements scolaires pour l'année à venir

Redoublant :  Oui  Non

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

Régime : \_\_\_\_\_

Les options de l'élève (5°, 4°, 3°) :

ANGLAIS – ESPAGNOL   
ANGLAIS – ALLEMAND   
LATIN

Dès la 6° :

ANGLAIS PLUS   
OPTION BASKET

## Etablissement fréquenté l'an passé

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

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 (Autre _____)	Mère (Autre _____)
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 veiller à ce qu'elle soit lisible.

**Famille :**

Nombre d'enfant à charge : \_\_\_\_\_

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	ETABLISSEMENT SCOLAIRE	CLASSE

**Scolarité :**

- Etude du soir (16h40-17h30) :  Lundi  Mardi  Jeudi
- Demi-pensionnaire :  Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi  Non
- Transports scolaires :  Oui  Non
- Demande de bourse collège :  Oui  Non
- Demande de l'aide départementale aux repas :  Oui  Non
- Adhésion APEL (asso. parents) :  Oui  Non
- Adhésion A.S.S.M (sport mercredi) :  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 (obligatoire) :**

	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>			

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**