

Niveau de classe : \_\_\_\_\_

Classe de Mme / Mr : \_\_\_\_\_

## Fiche de renseignements et d'urgence

Nom et prénom de l'élève		Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Date de naissance	Nationalité	
Lieu de naissance		
Adresse de résidence		
Classe et enseignant de l'année précédente		

Noms et prénoms des frères et sœurs	Date de naissance	Ecole ou travail
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

	Père	Mère	Autre : nouveau conjoint(e)
Nom et prénom			
Adresse			
Téléphone domicile			
Téléphone portable			
Adresse mail			
Profession			
Employeur et lieu			
Téléphone travail			
N° de sécurité sociale			

\*Situation de famille :

mariés  concubinage  pacsés  célibataire  divorcés  séparés  veuf (ve)

(Parents séparés ou divorcés des nouveaux élèves : fournir obligatoirement une photocopie de l'extrait de jugement)

\*Personnes à prévenir en cas d'urgence ou autorisées à reprendre l'enfant / qualité ( grands-parents, nourrice, voisins...)

1..... Tél : .....

2..... Tél : .....

3..... Tél : .....

\*Assurance ..... (joindre une attestation d'assurance)

\*Mutuelle .....

### SANTE / AUTORISATION

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.

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame ....., autorisons l'anesthésie de notre fils/fille ..... dans le cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A : le : Signature du responsable légal :

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant : .....

Dernière vaccination : BCG : ..... DTP: .....

Veuillez noter ci-dessous tout renseignement utile concernant la santé de l'enfant (problèmes de santé, allergies à certains médicaments, allergies alimentaires...)

#### \* JOURNEE DE L'ENFANT :

Périscolaire le matin : OUI  NON  le soir : OUI  NON  Occasionnellement

Restaurant scolaire OUI  NON  Occasionnellement

Déplacement maison/école : seul  accompagné

Transport scolaire OUI  NON  Point de montée : .....

\* SUIVI EXTERIEUR : orthophoniste, CMPP, psychologue (nom et coordonnées) :

#### \* PHOTOGRAPHIES / VIDEOS :

J'autorise mon enfant à figurer sur la photo de classe et sur les photographies ou vidéos utilisées dans le cadre des activités scolaires : OUI  NON

#### \* PORT DES LUNETTES :

Mon enfant doit porter ses lunettes : en classe : OUI  NON

pendant les récréations : OUI  NON

#### \* Observations particulières :

\* **Merci de signaler tout changement (n° téléphone, adresse...) dans les meilleurs délais.**

Fait à ....., le .....

Signature du (ou des) responsable légal de l'enfant :