



2024 / 2025  
Classe :



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Merci de remplir soigneusement cette fiche au stylo noir, en écrivant lisiblement les numéros de téléphone et les noms avec accents.

**Elève :** NOM.....Prénom.....Sexe : masc./fém.  
 Date de naissance...../...../..... Lieu de naissance : .....  
 Nationalité .....

Port de lunettes : non / oui, en classe seulement / oui, même en récréation

PAI (en cas de problème médical nécessitant une prise en charge d'urgence à l'école) : oui / non  
 Si oui, nature de la pathologie : .....

Autres observations (allergie, précautions particulières,...) : .....

Menu sans porc : oui / non

| PERISCOLAIRE  | jamais | occasionnel | tous les jours | le matin | le soir |
|---------------|--------|-------------|----------------|----------|---------|
| Restauration  |        |             |                |          |         |
| Garderie      |        |             |                |          |         |
| Ramassage bus |        |             |                |          |         |

Situation de famille des parents entre eux (mariés, concubins, séparés,...) : .....

Responsable financier (qui règle cantine et garderie) :  mère  père  autre : .....

**MERE**

**PERE**

NOM : .....

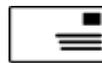
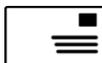
NOM : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....



Résidence de l'enfant : oui / non / garde alternée

Résidence de l'enfant : oui / non / garde alternée

domicile.....

domicile.....

portable.....

portable.....

professionnel.....

professionnel.....

e-mail : .....@.....

e-mail : .....@.....

Profession : .....

Profession : .....

Nom et adresse de l'entreprise : .....

Nom et adresse de l'entreprise : .....

En cas de placement en famille d'accueil :

NOM de l'assistante familiale : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Domicile..... portable..... professionnel.....

e-mail : .....@.....

## AUTRES PERSONNES À CONTACTER ou AUTORISÉES À PRENDRE EN CHARGE L'ENFANT

*En maternelle, à la garderie et au centre de loisirs, si l'élève n'est pas remis aux parents, la personne qui vient chercher l'enfant doit y être autorisée. Les parents s'accorderont sur les noms qu'ils feront apparaître dans la liste suivante ou fourniront une autorisation écrite à toute personne n'y figurant pas*

| NOM | Prénom | Lien avec l'élève |  | 1* | 2* |
|-----|--------|-------------------|---|----|----|
|     |        |                   |   |    |    |
|     |        |                   |   |    |    |
|     |        |                   |   |    |    |
|     |        |                   |   |    |    |
|     |        |                   |   |    |    |

(\*) **1** : cocher si c'est une personne à contacter, lorsque nous ne parvenons pas à joindre les parents  
**2** : cocher si c'est une personne autorisée à récupérer l'enfant



## INFORMATIONS SANITAIRES et ADMINISTRATIVES

*En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.*

**Date du dernier vaccin antitétanique :**

*Cette vaccination, obligatoire et sans contre-indication, nécessite un rappel tous les 5 ans pour être efficace.*

**Médecin traitant : Dr**

adresse :



**Centre de sécurité sociale :**

adresse :

n° Sécu :

**Organisme assurance scolaire :**

adresse :

n° adhérent :

*Obligation de fournir une attestation responsabilité civile et individuelle accident valable sur l'année*

**N° allocataire CAF ou MSA :**

Quotient familial du responsable financier :

## AUTORISATION DE DIFFUSION

Nous donnons notre accord à l'école, aux services périscolaires/extrascolaires et à l'association de parents d'élèves, pour la diffusion à la communauté éducative (équipe pédagogique, familles, autres établissements scolaires, ...) sur support papier, numérique ou en ligne (limité aux sites internet scolaires et extra-scolaires) :

|  |             |
|--|-------------|
| - des <b>photos et des vidéos</b> de mon enfant prises dans un cadre pédagogique                               | oui / non * |
| - des <b>enregistrements sonores</b> de sa voix pris dans un cadre pédagogique                                 | oui / non * |
| - des <b>créations</b> réalisées par mon enfant en classe (dessins, écrits, autres productions plastiques,...) | oui / non * |

\* **Rayez la mention inutile**

*Vous disposez d'un droit de rétractation et de suppression de l'image sur simple demande auprès de la directrice.*

*En cas de refus, votre enfant devra être écarté des prises de vue et de son (sans que sa participation à l'activité ne soit compromise).*

## FRERES ET SOEURS

| NOM | Prénom | Date de naissance | Lieu de scolarisation (si scolarisés) |
|-----|--------|-------------------|---------------------------------------|
|     |        |                   |                                       |
|     |        |                   |                                       |
|     |        |                   |                                       |
|     |        |                   |                                       |

## AUTORISATIONS et RENSEIGNEMENTS POUR LE CENTRE DE LOISIRS

|   |             |
|---|-------------|
| - J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives | oui / non * |
| - J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées            | oui / non * |
| - Autorisation de transport en véhicule et car de location                | oui / non * |

*\* Rayez la mention inutile*

**A titre indicatif (si vous le savez), l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
| RUBEOLE<br>Oui <input type="checkbox"/><br>Non <input type="checkbox"/>    | VARICELLE<br>Oui <input type="checkbox"/><br>Non <input type="checkbox"/> | ANGINE<br>Oui <input type="checkbox"/><br>Non <input type="checkbox"/>   | RHUMATISME<br>ARTICULAIRE AIGU<br>Oui <input type="checkbox"/><br>Non <input type="checkbox"/> | SCARLATINE<br>Oui <input type="checkbox"/><br>Non <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE<br>Oui <input type="checkbox"/><br>Non <input type="checkbox"/> | OTITE<br>Oui <input type="checkbox"/><br>Non <input type="checkbox"/>     | ROUGEOLE<br>Oui <input type="checkbox"/><br>Non <input type="checkbox"/> | OREILLONS<br>Oui <input type="checkbox"/><br>Non <input type="checkbox"/>                      |  |

**Si votre enfant doit fréquenter la garderie ou le centre de loisirs durant des vacances, il est obligatoire de fournir la photocopie des vaccins du carnet de santé ou un certificat médical de vaccination.**

Afin d'améliorer la communication avec les familles, les représentants élus de parents d'élèves ou l'association de parents d'élèves, peuvent être amenés à communiquer avec vous par mail.

Si vous ne souhaitez pas que votre adresse électronique leur soit transmise, vous voudrez bien cocher la case

suivante pour indiquer votre refus :  mail mère à ne pas communiquer

mail père à ne pas communiquer

*Merci, avant de signer ci-dessous, de vous assurer que l'intégralité des renseignements demandés ont bien été indiqués (notamment les noms et coordonnées et mail des deux parents), leur absence risquant de compromettre la gestion de la scolarité de votre enfant.*

Nous soussignés,..... responsables légaux de l'enfant ..... déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons l'ensemble des équipes à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un service d'urgence.

**Date et signature des deux parents**

Mère

Père