

ECOLE DU PARC AGNETZ	<b>FICHE DE RENSEIGNEMENTS</b> <b>FICHE D'URGENCE</b>  Année scolaire 2024-2025
----------------------------	--

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ELEVE**

NOM : ..... Prénom : ..... Sexe : M  F

Né le : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance (commune et numéro de département) : .....

Adresse de résidence de l'enfant : .....  
 .....

Ecole fréquentée en 2023-2024 : ..... Classe : ..... Enseignant : .....

**FAMILLE DE L'ENFANT / NUMEROS D'URGENCE**

*Responsables légaux : En cas de séparation, il est indispensable de renseigner les adresses des 2 responsables légaux pour la transmission des résultats scolaires et pour l'envoi des documents pour les élections scolaires des représentants des parents d'élèves. Parents séparés ou divorcés, fournir obligatoirement une photocopie de l'extrait de jugement (sauf si déjà donné).*

	PERE	MERE	AUTRE : nouveau conjoint
NOM			
Prénom			
Adresse			
Code postal			
Ville			
 domicile			
 portable			
Profession			
Entreprise			
 travail			
Adresse mail			
Situation de famille	Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Décédé <input type="checkbox"/>	Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuve <input type="checkbox"/> Décédée <input type="checkbox"/>	Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf/ veuve <input type="checkbox"/> Décédé(e) <input type="checkbox"/>
Autorité parentale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
En cas de placement chez un tiers (famille d'accueil, ...)	Nom et prénom : .....  : ..... Adresse : ..... Organisme : ..... Personne référente : .....		

**AUTRES ADULTES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE**

Nom et prénom : ..... Qualité : (famille, voisin, autre à préciser) : .....

 : ..... Adresse : .....  
 A appeler en cas d'urgence  Autorisé à prendre l'enfant

Nom et prénom : ..... Qualité : (famille, voisin, autre à préciser) : .....

 : ..... Adresse : .....  
 A appeler en cas d'urgence  Autorisé à prendre l'enfant

Nom et prénom : ..... Qualité : (famille, voisin, autre à préciser) : .....

 : ..... Adresse : .....  
 A appeler en cas d'urgence  Autorisé à prendre l'enfant

**FRERES ET SCEURS**

<b>NOM</b>					
<b>Prénom</b>					
<b>Année de naissance</b>					
<b>Etablissement scolaire fréquenté</b>					

**ASSURANCE ET SANTE DE L'ELEVE**

*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 l'école. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.*

Assurance : ..... N° de police d'assurance : .....  
 N° de sécurité sociale : .....  
 Adresse du centre : .....  
 Mutuelle : ..... N° d'adhérent : .....  
 Médecin traitant : ..... Ville : .....  : .....  
 Vaccinations (dernières dates) : BCG : ..... DTP : .....  
 Allergies connues : .....  
 Autres problèmes de santé connus et médicalement traités : .....

***Rappel : tout médicament devant être pris à l'école ou au restaurant scolaire doit être accompagné d'une prescription médicale.***

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

Inscrit au restaurant scolaire : oui  non  Déplacement maison / école : seul  accompagné  bus  
 Port de lunettes : en récréation  en Education physique et sportive  en classe seulement  tout le temps

**PHOTOGRAPHIE SCOLAIRE**

Cochez les cases si vous êtes d'accord

*La prise de photographie d'identité individuelle est interdite dans le cadre scolaire (B.O. N°24 du 12/06/2003)*

**J'autorise la prise de vue de mon enfant dans des situations pédagogiques ou lors de la photo de classe annuelle**

**J'autorise la diffusion de ces images à des fins pédagogiques :** journal de l'école ou de la classe   
 lettres aux correspondants   
 site Internet de l'école

**ASSOCIATIONS DES PARENTS D'ELEVES**

*A remplir par les 2 parents en cas d'adresses différentes*

<b>Père</b>	<b>J'autorise la communication de mon adresse postale et mail aux associations de parents d'élèves : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></b>
<b>Mère</b>	<b>J'autorise la communication de mon adresse postale et mail aux associations de parents d'élèves : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></b>
<b>Tuteur</b>	<b>J'autorise la communication de mon adresse postale et mail aux associations de parents d'élèves : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></b>

Si vous avez répondu « oui » merci de noter votre adresse mail ci-dessous :

Père : .....

Mère : .....

Tuteur : .....

**Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.**

Fait à ..... Le .....

Signature du père

Signature de la mère

Signature autre responsable