inspection académique Drôme

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : 20.... / 20.... **Classe** : .....

ÉLÈVE

NOM : _____ **Prénom(s) :** _____/_____/_____ **Sexe :** M ☐ F ☐

Né(e) le : .... / .... / ..... **Lieu de naissance** (commune et département) **:** _____

Adresse : _____

Code postal : _____ **Commune :** _____

RESPONSABLES LÉGAUX *:

Mère **NOM de jeune fille :** _____ **Autorité parentale :** **Oui** ☐ **Non** ☐

NOM marital (nom d'usage) : _____ **Prénom :** _____

Profession : _____ **Situation familiale (1) :** _____

Adresse : _____
(si différente de celle de l'élève)

Code postal : _____ **Commune :** _____

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Téléphone portable :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Numéro de poste :** _____

Courriel : _____@_____

Père **Autorité parentale :** **Oui** ☐ **Non** ☐

NOM : _____ **Prénom :** _____

Profession : _____ **Situation familiale (1) :** _____

Adresse : _____
(si différente de celle de l'élève)

Code postal : _____ **Commune :** _____

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Téléphone portable :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Numéro de poste :** _____

Courriel : _____@_____

Autre responsable légal (personne physique ou morale) **Autorité parentale :** **Oui** ☐ **Non** ☐

Organisme : _____ **Personne référente :** _____

Fonction : _____ **Lien avec l'enfant :** _____

Adresse : _____

Code postal : _____ **Commune :** _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Téléphone portable :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Courriel : _____@_____

(1) Célibataire - Marié(e) - Veuf(ve) - Divorcé(e) - Séparé(e) - Concubin(e) - Pacsé(e)

* Il est **important** de renseigner le document concernant les deux **responsables légaux** pour : la transmission des résultats scolaires (circulaire n°94-149 du 13/04/1994) et les élections des représentants des parents d'élèves : chaque parent est désormais électeur et éligible (note de service n°2004-104 du 25/06/2004).

Les champs grisés sont obligatoires

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE

NOM : _____ **Prénom** : _____ ☐ **A appeler en cas d'urgence**

Lien avec l'enfant : _____ ☐ **Autorisé à prendre l'enfant**

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Téléphone portable :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Numéro de poste :** _____

NOM : _____ **Prénom** : _____ ☐ **A appeler en cas d'urgence**

Lien avec l'enfant : _____ ☐ **Autorisé à prendre l'enfant**

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Téléphone portable :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Numéro de poste :** _____

Autres personnes habilitées à venir chercher votre enfant
Nom et prénom_____ **Lien de parenté** **N° de téléphone**

INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES

La distance entre votre domicile et l'école est supérieure à 3 km **Oui** ☐ **Non** ☐
Votre enfant porte des lunettes : **Oui** ☐ **Non** ☐

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : **Oui** ☐ **Non** ☐ **Individuelle Accident :** **Oui** ☐ **Non** ☐

Compagnie d'assurance: _____ **Numéro de police d'assurance :** _____

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

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

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : ..... Date du dernier vaccin BCG : .....

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours,précautions particulières à prendre (Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière scolaire.):

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

AUTORISATION (à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes) (Ne cocher qu'en cas de refus)

Mère :
☐ Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.
☐ Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires.

Père :
☐ Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.
☐ Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires

Je m'engage à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date : **Signature :** **Signature :**

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (Article 34 de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978). Pour l'exercer, contactez l'école.