

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - PRIMAIRE


**Année Scolaire
2016/2017**

NOM/Prénom de l'enfant.....
 Date de naissance..... Sexe : M F
 Lieu (Commune et département) (.....)
 Classe
 Adresse

Père	Mère
NOM et Prénom.....	NOM et Prénom
Adresse	NOM de Jeune fille.....
.....	Adresse
Profession.....
NOM et Adresse de l'employeur.....	Profession
.....	NOM et Adresse de l'employeur.....
N° de téléphone domicile /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/	N° de téléphone domicile /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/
N° de téléphone du travail /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/	N° de téléphone du travail /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/
N° Portable /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/	N° Portable /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/
Mail :	Mail :

En cas de divorce/séparation, qui exerce **l'autorité parentale** ? (non la garde)
 les deux Père Mère
 (si un des deux parents n'exerce pas l'autorité parentale, joindre impérativement une copie du jugement)
 Mode de garde/Résidence habituelle chez
 Père Mère Garde alternée


1 DOSSIER SANTE

Médecin traitant Ville 
 Vaccinations (dernières dates) : BCG DTP

*Si votre enfant souffre d'une maladie chronique (allergie ou intolérance alimentaire, mucoviscidose, etc), vous devez demander la rédaction d'un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** par le **médecin scolaire**, en accord avec le médecin traitant.*

Allergies alimentaires et
 Médicaments :
 Autres problèmes de santé (asthme, etc...) :
 Port de lunettes : en permanence en classe seulement

2 EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence	
<i>NOMS-Prénoms-Qualité des personnes habilitées à venir chercher l'enfant</i>	



Déclarons :

- Autoriser toute personne de l'équipe éducative de l'école dont fait partie notre enfant à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes les mesures d'urgences prescrites par le médecin, y compris éventuellement l'hospitalisation, l'anesthésie et l'intervention chirurgicale ainsi qu'à faire sortir mon enfant de l'hôpital. La famille est immédiatement avertie par l'école.
- Avoir pris connaissance des dispositions ci-dessous mentionnées :
 En cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles (les pièces justificatives de ces frais et le dossier médical seront adressés à la famille pour un éventuel remboursement).

③ SUIVI DE SCOLARITE

Ecole(s) fréquentée(s).

PS CE1
MS CE2
GS CM1
CP CM2

Si l'enfant a des frères et sœurs. Merci de compléter le tableau ci-dessous :

NOM	Prénom	Date de naissance	Ecole fréquentée

④ AUTORISATION DE PARENTS D'ELEVES

Père	J'autorise la communication de mon adresse personnelle aux associations de parents d'élèves <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mère	J'autorise la communication de mon adresse personnelle aux associations de parents d'élèves <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

⑤ INFORMATION PERISCOLAIRE

Accueil periscolaire du matin Oui Non

Accueil periscolaire du soir Oui Non

Restaurant scolaire Oui Non

⑥ ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : Oui Non

Individuelle accident : Mutuelle St Christophe souscrite par l'école.

Compagnie d'assurance :

Numéro de police d'assurance :

A

Le

Signature Père

Signature Mère

Nous nous engageons à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche