

**IMPORTANT : Tout changement (situation familiale, adresse, n° de téléphone, santé...) devra être signalé le plus rapidement possible. Tous les renseignements ci-dessous ne seront employés que pour la scolarité de l'élève ; ils ne seront communiqués à aucune autre personne extérieure à l'éducation nationale.**

## L'ÉLÈVE

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F

Date et lieu de naissance : né(e) le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ à (commune et département) \_\_\_\_\_

Adresse : .....

Nationalité : .....

## LA FAMILLE

	Mère	Père
	Nom de jeune fille : .....	Nom : .....
	Nom marital : .....	Prénom : .....
	Prénom : .....	
Profession		
Employeur		
Garde si séparation des parents		
Adresse postale		
N° de téléphone	domicile : ..... portable : ..... travail : .....	domicile : ..... portable : ..... travail : .....
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Par principe, le père et la mère exercent conjointement l'autorité parentale, sauf dans le cas d'une décision de Justice ou d'une famille naturelle. En l'absence d'information remise au directeur d'école (au moyen d'une copie d'un acte judiciaire tel que la partie du jugement de divorce ou de séparation précisant les modalités de garde de l'enfant ou d'une déclaration conjointe d'un acte de communauté de vie), **chacun des deux parents a les mêmes droits, notamment pour que l'enfant lui soit confié.**

## Frères et sœurs :

(NOM et) Prénom	Année de naissance	(NOM et) Prénom	Année de naissance

## SANTÉ

Médecin traitant à contacter le cas échéant : ..... Tél : .....

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 (l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides) . Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Problèmes de santé, allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ou contre-indications :

Lunettes : L'élève porte-t-il des lunettes :  oui  non Si oui, doit-il les porter en classe seulement :  oui  non

### PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE (AUTRES QUE LES PARENTS)

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant :  grand-parent  
 autre membre de la famille  
 ami de la famille  
 gardienne de l'enfant

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant :  grand-parent  
 autre membre de la famille  
 ami de la famille  
 gardienne de l'enfant

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant :  grand-parent  
 autre membre de la famille  
 ami de la famille  
 gardienne de l'enfant

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant :  grand-parent  
 autre membre de la famille  
 ami de la famille  
 gardienne de l'enfant

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS PERI-SCOLAIRES

Périscolaire  oui  non Restaurant scolaire  oui  non

### ASSURANCES

Responsabilité civile  oui  non Individuelle Accident  oui  non

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_ N° de police d'assurance : \_\_\_\_\_

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

**Mère**  Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires.

**Père**  Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires.

Nous nous engageons à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date :

Signature de la mère :

Signature du père :