



05-49-09-56-11

Fiche de renseignements

Fiche de renseignement commune avec la garderie

Autorisation parentale

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités qui lui seront proposées par l'école, hors de l'école de l'ABC, avec des déplacements probables en bus.

Oui

Non

- Autorisez-vous votre enfant à participer dans l'année à des rencontres sportives, culturelles ou autres qui incluront la pause déjeuner ? (Assurance obligatoire pour le hors temps scolaire).

Oui

Non

- Autorisez-vous la prise de photographies et de vidéos de mon enfant, pendant le temps scolaire et périscolaire. J'accepte également qu'elles soient exposées et visionnées à l'école ou lors de réunions de parents.

Oui

Non

- Autorisez-vous la Presse à prendre des photos ou films de votre enfant lors des activités publiques auxquelles il serait amené à participer.

Oui

Non

Je ne souhaite pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves

Frères et sœurs

Prénom	Date de naissance	Ecole fréquentée ou mode de garde



INFORMATIONS et FICHE D'URGENCE

Année scolaire 2021 / 2022

Père :

date de naissance :

Profession

N° du travail :.....

Poste :.....

Adresse travail :

.....

Mère :

date de naissance :

Profession

N° du travail :.....

Poste :.....

Adresse travail :

.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone.

N° et adresse du centre de sécurité sociale

.....

N°assurance et nom de l'assurance

.....

.....

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.

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

.....
(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...)

.....
.....
.....
.....

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....
.....
.....
.....
.....

*N° d'allocataire **(indispensable) – Joindre la photocopie (pour les nouveaux venus)***

- *C.A.F ou MSA*.....

- *AUTRE (à préciser)*.....

Important : Pour les familles séparées, merci de nous donner l'adresse mail des 2 parents et un justificatif de jugement afin d'informer les droits respectifs de chaque parent.

N'oubliez pas de nous signaler tout changement qui pourrait intervenir au cours de l'année.

Merci de signer avec la mention « lu et approuvé »

Date :

Signature de la mère :

Signature du père :