

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

L'élève

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-----	----------------------	--------	----------------------	--

Né(e) le :	<input type="text"/>	À :	<input type="text"/>	Nationalité :	<input type="text"/>
------------	----------------------	-----	----------------------	---------------	----------------------

Adresse de l'élève :	<input type="text"/>	Code postal :	<input type="text"/>
		Ville :	<input type="text"/>

Inscription en classe de :	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Bilingue	<input type="checkbox"/> Monolingue	Demande de dérogation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
----------------------------	----------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	---

Classe fréquentée l'année dernière :	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Bilingue	<input type="checkbox"/> Monolingue
--------------------------------------	----------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Les parents ou responsables légaux

	PARENT 1	PARENT 2
Nom, prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autorité parentale :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Situation familiale, lien entre parent 1 et 2	<input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> séparés <input type="checkbox"/> divorcés <input type="checkbox"/> pacs <input type="checkbox"/> concubinages <input type="checkbox"/> veuf(ve)	
Adresse (mettre les deux adresses en cas de séparation)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel personnel :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel portable :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Courriel :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Profession* :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel professionnel* :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

En cas de séparation, quel est le mode de garde :		
<input type="checkbox"/> garde principale chez le parent 1	<input type="checkbox"/> garde principale chez le parent 2	<input type="checkbox"/> Garde alternée

Autre responsable (si l'enfant ne vit pas avec ses parents):

NOM et prénom :	<input type="text"/>	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Adresse :	<input type="text"/>	
Portable :	<input type="text"/>	Fonction auprès de l'enfant : <input type="text"/>

Frères et sœurs :

Nom, prénoms, date de naissance :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Assurance :

Nom : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Numéro de police : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Responsabilité civile : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Individuelle corporelle accident : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Remise de l'élève à la sortie de l'école :

Les personnes MAJEURES désignées ci-dessous sont autorisées à venir chercher votre enfant à l'école

Nom, prénom	Adresse	Téléphone	Lien avec l'enfant
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Informations santé:

L'enfant porte-t-il des lunettes ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, doit-il les porter :	<input type="checkbox"/> en classe seulement <input type="checkbox"/> tout le temps
L'enfant est-il à jour dans ses vaccinations ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
L'enfant a-t-il un dossier MDPH ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
L'enfant a-t-il un PAI ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Renseignements utiles concernant la santé de l'enfant (allergies, troubles...)	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant EN CAS D'URGENCE (autre que parents 1 et 2) :

Personnes à prévenir et habilitées à venir chercher l'enfant (préciser le lien avec l'enfant) :	Téléphone :
<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>

Médecin de famille : Dr <input style="width: 80%;" type="text"/>	Téléphone : <input style="width: 80%;" type="text"/>
--	--

Autorisations :

Autorisations pour l'image (photo / vidéo) et la voix de votre enfant :	Parent 1	Parent 2
<i>J'autorise la prise de photo de groupe et la prise de photo scolaire</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<i>J'autorise la prise de voix et d'image de mon enfant dans le cadre d'un usage pédagogique (photos des activités, des travaux, cahier de vie de la classe, site internet de l'école...)</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<i>J'autorise la prise de voix et d'image de mon enfant pour un usage médiatique (presse)</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

	Parent 1	Parent 2
<i>J'autorise l'école à communiquer mes coordonnées postale et mail aux associations de parents d'élèves</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Mon enfant est inscrit au périscolaire (contact : les arbres fleuris 4B Avenue Hay)	<input type="checkbox"/> le midi	<input type="checkbox"/> le soir
Mon enfant est inscrit à la petite garderie (contact : mairie et ATSEM)	<input type="checkbox"/> le matin	<input type="checkbox"/> le midi <input type="checkbox"/> à 13h30 <input type="checkbox"/> le soir

Renseignements certifiés exacts. À <input style="width: 80%;" type="text"/> le <input style="width: 80%;" type="text"/>	Signature parent 1 :	Signature parent 2 :
--	----------------------	----------------------