

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : ..... Niveau : ..... Classe : .....

### ÉLÈVE

Nom de famille : ..... Sexe : F  M   
Nom d'usage : .....  
Prénom(s) : ..... / ..... / .....  
Né(e) le : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance (commune et département) : .....

### REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Mère  Père  Tuteur

Nom de famille : ..... Prénom : .....  
Nom d'usage : .....  
Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : ..... (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste page 2)  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
L'élève habite à cette adresse : Oui  Non   
Tél. mobile : ..... Tél. domicile : ..... Tél. travail : .....  
Courriel : .....  
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui  Non

Mère  Père  Tuteur

Nom de famille : ..... Prénom : .....  
Nom d'usage : .....  
Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : ..... (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste page 2)  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
L'élève habite à cette adresse : Oui  Non   
Tél. mobile : ..... Tél. domicile : ..... Tél. travail : .....  
Courriel : .....  
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui  Non

Tiers délégataire (personne physique ou morale) Lien avec l'élève (\*): .....  
Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales.

Nom de famille : ..... Prénom : .....  
Nom d'usage : ..... Organisme : .....  
Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : ..... (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste page 2)  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
L'élève habite à cette adresse : Oui  Non   
Tél. mobile : ..... Tél. domicile : ..... Tél. travail : .....  
Courriel : .....  
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui  Non

(\*) Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Garde d'enfant/Autre lien (à préciser) ou Aide Sociale à l'Enfance (pour responsable moral)

Nous acceptons que notre enfant soit photographié(e) ou filmé(e) pendant les activités scolaires : Oui  Non

### SERVICES PÉRISCOLAIRES

Restaurant scolaire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Garderie du matin :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Études surveillées :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Garderie du soir :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Transport scolaire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

**NE PAS REMPLIR**

Année scolaire	classe	Ecole fréquentée
	TPS	
	PS	
	MS	
	GS	

**Fratrie :**

Nom et Prénom	Date de naissance	Ecole fréquentée	Classe

**Problèmes de santé, allergies :** .....

.....

.....

**Vaccinations :**

DT Polio : .....

.....

Autres : .....

**Port de lunettes :**

- J'autorise mon enfant à conserver ses lunettes pendant les récréations et les séances de motricité
- Je n'autorise pas mon enfant à conserver ses lunettes pendant les récréations et les séances de motricité

**Observations :**

Mentionner éventuellement, tout ce qui est peut être bon à savoir (santé, difficultés, caractère, etc.....)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....