



Groupe scolaire Dominique
Vincent
24, Rue Pasteur
69410 Champagne au Mont d'Or
04.78.35.50.61

Année scolaire : _____

Classe : _____

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(Les zones grisées sont à remplir obligatoirement et seront saisies dans Base-élèves)

IDENTITE DE L'ÉLÈVE

Nom : _____

Prénom 1 : _____

Prénom 2 : _____

Prénom 3 : _____

Sexe : Féminin Masculin

ADRESSE DE RESIDENCE

Adresse : _____

Code Postal : _____

Commune : _____

Pays : _____

Lieu de naissance

Né(e) le : ____/____/____ Commune : _____ Département : _____

Pays : _____

RESPONSABLES LEGAUX

MÈRE

Nom de jeune fille : _____

Nom d'usage : _____

Prénom : _____

Adresse courriel : _____@_____

Autorité parentale : Oui Non

Profession : _____

Adresse : _____

(si différente de celle de l'élève)

Code postal : _____

Commune : _____

Téléphones Domicile : _____

Portable : _____

Travail : _____

PÈRE

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse courriel : _____@_____

Autorité parentale : Oui Non

Profession : _____

Numéro : _____ Adresse : _____

(si différente de celle de l'élève)

Code postal : _____

Commune : _____

Téléphones Domicile : _____

Portable : _____

Travail : _____

AUTRE RESPONSABLE LÉGAL (personne physique ou morale)

Organisme : _____

Personne référente : _____

Fonction : _____

Adresse courriel : _____@_____

Autorité parentale : Oui Non

Numéro : _____ Adresse : _____

(si différente de celle de l'élève)

Code postal : _____

Commune : _____

Téléphones Domicile : _____ Portable : _____

Travail : _____ n° de poste : _____

- **Responsables légaux** : Il est important de renseigner le document concernant les deux responsables légaux pour :
 - La transmission des résultats scolaires (circulaire n°94-149 du 13/04/1994)
 - Les élections des représentants des parents d'élèves : chaque parent est désormais électeur et éligible (note de service n°2004-104 du 25/06/2004).

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE

Je soussigné(e) _____, autorise la maîtresse de mon enfant à le confier aux personnes dont les noms suivent à l'issue de la classe du matin et de l'après-midi. Au cas où mon enfant mangerait à la cantine, il sera confié aux responsables de la commune, chargés d'assurer le service du midi.

N'hésitez pas à mettre plusieurs personnes, en cas d'impossibilité des uns et des autres.

(cochez)

NOM	Lien avec l'enfant	Adresse	Téléphone(s)	A appeler en cas d'urgence	Autorisé à prendre l'enfant

En cas d'accident, l'école s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

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. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : _____ (Pour être efficace, rappel de vaccination tous les 5 ans)

Observations particulières (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...) : _____

Nom & coordonnées du médecin traitant : _____

AUTORISATIONS Pour l'année scolaire
Entourer pour chaque question OUI ou NON

1) J'autorise, pour la présente année scolaire, mon enfant à participer aux sorties éducatives et aux activités organisées à l'extérieur de l'école. Les accompagnateurs sont autorisés à faire pratiquer toute intervention chirurgicale urgente à mon enfant en cas de nécessité constatée par le médecin
 OUI - NON

3) Dans le cadre des activités scolaires, dans un but pédagogique, des photographies ou des séquences vidéo pourront être faites. D'autre part, nous ferons des photos de classe comme chaque année. J'autorise que mon enfant figure dans ces réalisations :
 OUI - NON

4) Dans le cadre des activités scolaires, j'autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport nécessaires pour les déplacements
 OUI - NON

2) Dans le cas où sa classe participera à une activité sportive (natation, voile, escalade, athlétisme, VTT, boule...) j'autorise mon enfant à y participer et déclare qu'à ma connaissance son état de santé lui permet de pratiquer les sports. **Joindre un certificat médical dans le cas contraire.**
 OUI - NON

INFORMATIONS PERISCOLAIRES

Garderie matin	Oui	Non	Jours :
Garderie/étude soir	Oui	Non	Jours :
Restaurant scolaire	Oui	Non	Jours :
Déplacement domicile école	Seul	Accompagné	

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Individuelle Accident : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date de fin de contrat : _____
Compagnie d'assurance: _____	N° de police d'assurance : _____	_____

AUTORISATION (à remplir par les deux parents)

Mère : Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves. (Ne cocher qu'en cas de refus)

Père : Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves. (Ne cocher qu'en cas de refus)

Je m'engage à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date :

Signature :

Signature :

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (Article 34 de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978). Pour l'exercer, contactez l'école.