



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom de l'ELEVE **Prénoms** :

Date de naissance **Sexe** : F G

Lieu **Dépt. (en chiffres)** **Nationalité**

Adresse

Code postal **Ville**

Téléphone : **Liste rouge** : OUI / NON **Portable** :

Etablissement précédent : **Commune** : **Classe**

Cantine : ☐ OUI ☐ NON ☐ Occasionnellement

Transport scolaire : ☐ OUI ☐ NON

Accueil péri-scolaire : Matin ☐ OUI ☐ NON ☐ Occasionnellement

Soir ☐ OUI ☐ NON ☐ Occasionnellement

AUTORITE PARENTALE

• **Madame/Monsieur** ☐ mère ☐ père ☐ tuteur/tutrice ☐ autre

Téléphone : **Portable** : **Mail** :

Profession : **N° de CSP** (voir au dos de cette feuille) :

Employeur (Nom et adresse) :

• **Madame/Monsieur** ☐ mère ☐ père ☐ tuteur/tutrice ☐ autre

Téléphone : **Portable** : **Mail** :

Profession : **N° de CSP** (voir au dos de cette feuille) :

Employeur (Nom et adresse) :

Situation actuelle : ☐ mariés ☐ divorcés ☐ vie maritale ☐ séparés ☐ veuf (ve) ☐ célibataire ☐ Pacs

- Si remariage ou vie commune - coordonnées du conjoint : Mr/Mme (Nom prénom)

Adresse : **Téléphone** :

- Si divorcés ou séparés, l'autorité parentale est-elle conjointe ? ☐ OUI ☐ NON

Joindre un extrait de la décision de justice précisant les modalités de l'exercice de l'autorité parentale

Personne à prévenir en cas d'impossibilité de joindre les responsables légaux :

Nom **Prénom** **Tél** :

Lien de la personne avec l'élève :

COMPOSITION DE LA FAMILLE (frères et sœurs)

| NOM et PRENOM | DATE DE NAISSANCE | Situation actuelle |
|---------------|-------------------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

☐ En soumettant ce formulaire j'accepte que les informations saisies soient exploitées dans le cadre de la gestion des élèves.

Pour connaître et exercer vos droits, notamment de retrait de votre consentement à l'utilisation des données collectées par ce formulaire, veuillez consulter notre politique de confidentialité, disponible sur le blog de l'école : <https://steanne-erbray.fr/>

Date : **Signatures des représentants légaux de l'élève** :

FICHE D'URGENCE

Nom :

Prénom :

Classe :

Date de naissance :

Nom et adresse du responsable légal :

.....
.....

Nom et adresse du responsable légal :

.....
.....

N° et adresse de l'assurance scolaire : ABEILLE ASSURANCES cabinet CORBES & ROUXEL (02 40 16 07 07)

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille le plus rapidement possible

1. N° de téléphone du domicile :

2. N° du travail du responsable : (NOM et prénom) portable :

3. N° du travail du responsable : (NOM et prénom) portable :

4. Nom d'une personne relai joignable en cas d'urgence rapidement : Mme/Mlle/M
.....

Lien avec l'élève : N° de téléphone

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.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame autorisons l'anesthésie de notre
fils/fille..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide,
il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A le

Signatures des responsables légaux :

▪ Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

▪ **Observations particulières** que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (*allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre*) :

.....
.....

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

.....