

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Pour tout changement dans vos coordonnées par rapport à l'année précédente, veuillez les noter en **ROUGE**. Merci.

NOM de l'élève : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Lieu : .....  
Dépt. (*en chiffres*) : ..... Nationalité : .....  
Sexe : F G Transport scolaire :

**AUTORITÉ PARENTALE**

Responsable(s) légal(aux) : M. et/ ou Mme .....

Père	Mère
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Tél dom : ..... Liste rouge <input type="checkbox"/>	Tél dom : ..... Liste rouge <input type="checkbox"/>
Portable : .....	Portable : .....
Courriel : .....	Courriel : .....
Profession : .....	Profession : .....
Employeur : .....	Employeur : .....
Lieu de travail : .....	Lieu de travail : .....
Tél pro : ..... Poste : .....	Tél pro : ..... Poste : .....

Situation des parents :  marié  vie maritale  veuf  divorcé  séparé  célibataire

L'enfant vit chez  ses parents  son père  sa mère  autre : .....

Si remariés ou vie commune, coordonnées du conjoint :

Nom - Prénom : ..... Nom - Prénom : .....

Tél pro : ..... Tél pro : .....

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)*

**COMPOSITION DE LA FAMILLE : (autres frères et sœurs)**

Nom	Prénom	Date de naissance	Situation actuelle

## FICHE D'URGENCE

N° et adresse du centre de sécurité sociale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse de l'assurance scolaire :

AVIVA Assurances  
78 Rue Léon Jost BP 92734  
44327 NANTES CEDEX 3

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

Personne à prévenir en cas d'absence du responsable légal :

Nom : ..... Prénom : .....

Tél : ..... Qualité de cette personne : .....

**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.

- Date du dernier rappel antitétanique : .....
- Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (*allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre, contre-indications médicales*) :  
.....  
.....
- NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant : .....  
.....

## AUTORISATION DE SORTIE

- J'autorise mon enfant à quitter seul l'école aux heures de sortie des classes.
- Je n'autorise pas mon enfant à quitter seul l'école aux heures de sortie des classes.

Merci de nous indiquer très précisément les coordonnées des personnes que vous autorisez à venir déposer ou chercher votre enfant, **si vous ne l'autorisez pas à sortir seul** :

NOM : .....	Prénom : .....
Tél : .....	Qualité de cette personne* : .....

NOM : .....	Prénom : .....
Tél : .....	Qualité de cette personne* : .....

NOM : .....	Prénom : .....
Tél : .....	Qualité de cette personne* : .....

NOM : .....	Prénom : .....
Tél : .....	Qualité de cette personne* : .....

*NB : 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 directeur de l'établissement.

À ....., le .....

**Signature des parents :**

