

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2023-2024

## IDENTITE

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Né(e) le :** .....

**Lieu de naissance :** .....

**Sexe :** masculin – féminin \*

## RESPONSABILITE

**Responsable légal de l'enfant :**

père et mère    père seul    mère seule    tuteur

*(Si nécessaire, joindre copie du jugement du tribunal.)*

**Nom et Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Code postal et localité :** .....

**Téléphone fixe et portable:** .....

**Adresse mail:** .....

## PARENTS

**Situation familiale :**    mariés    union libre    PACS    célibataire    divorcés  
 séparés    veuf (ve)

**Père (Nom et prénom):** .....

**Adresse :** .....

*(si différente de celle du responsable légal)*

**Profession :** .....

**Employeur :** .....

**Adresse employeur :** .....

**Téléphone travail :** .....

**Mère (Nom et prénom):** .....

**Adresse :** .....

*(si différente de celle du responsable légal)*

**Profession :** .....

**Employeur :** .....

**Adresse employeur :** .....

**Téléphone travail :** .....

## FAMILLE

**Frères et sœurs**

Nom *(si différent)* : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

## SCOLARITE

**Cours fréquenté :** PS1 – PS2 – MS – GS – CP – CE1 – CE2 – CM1 – CM2

SANTE

**Contre-indications médicales :**  
*(pour certaines activités sportives)*

**Port de lunettes :**       OUI                       NON

*Si OUI, merci de nous préciser si votre enfant doit garder ses lunettes durant :*

- les séances de motricité/EPS                       OUI                       NON
- les récréations                       OUI                       NON

**Allergies éventuelles :**

**Traitement médical** *(ex : traitement de l'asthme) :*

*Pour tout traitement médical à administrer à votre enfant sur le temps scolaire, nous faire parvenir une demande écrite **et** un double de l'ordonnance du médecin. **Aucun traitement ne sera administré sans ces documents.** En règle générale, pour toute question relative à ce sujet, voir avec l'enseignante de votre enfant.*

**Médecin traitant :**

Adresse : .....

Téléphone : .....

URGENCE

**Personne à prévenir si on ne parvient pas à vous joindre :**

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

DIVERS	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	occasionnellement
Cantine					
Garderie					

AUTORISATION DE SORTIE

Je, soussigné(e) M., Mlle, Mme\* ....., autorise / n'autorise pas\* mon enfant ..... **à rentrer seul à la maison** le midi et/ou le soir.

Noms et prénoms des personnes autorisées à prendre en charge mon enfant à sa sortie de l'école : .....

.....

MANUELS SCOLAIRES /EMPRUNTS

**L'école fournit à votre enfant un ou des manuels scolaires. En outre, il lui est possible, dans certaines classes, d'emprunter des livres de bibliothèque.**

Je, soussigné(e) M., Mlle, Mme\* ....., m'engage, en cas de perte ou de détérioration, à rembourser ou remplacer les manuels scolaires ou les livres de bibliothèque fournis ou bien empruntés par mon enfant, .....

**Toute modification des renseignements ci-dessus (en particulier les numéros de téléphone) doit être signalée au plus tôt à l'école.**

Fait à ....., le ...../...../.....  
 Signature(s) :

\* Barrer les mentions inutiles.