

SECTION

Ecole Maternelle / VEZELISE

Année Scolaire 2021 / 2022

CLASSE

ÉLÈVE

NOM :		PRÉNOM :		
Né(e) le :	À :	Sexe :	Masculin	Féminin

ANCIENNE ÉCOLE

Nom :	Adresse :
-------	-----------

TEMPS PÉRI-SCOLAIRE

Cantine	OUI	NON	Garderie	OUI	NON
Transport	OUI	NON	Circuit :		

RESPONSABLE LÉGAL 1

AUTORITE PARENTALE : OUI NON

Nom :		Prénom :				
Nom de naissance :		Sexe :	Masculin	Féminin		
Profession :						
Adresse :						
Code postal :		Ville :				
Tél. domicile :		Tél. travail :				
Tél. portable :		Courriel : @				
Situation familiale :	Célibataire	Concubinage	PACS	Mariée	Divorcée	Veuve

RESPONSABLE LÉGAL 2

AUTORITE PARENTALE : OUI NON

Nom :		Prénom :				
Nom de naissance :		Sexe :	Masculin	Féminin		
Profession :						
Adresse :						
Code Postal :		Ville :				
Tél. domicile :		Tél. travail :				
Tél. portable :		Courriel : @				
Situation familiale :	Célibataire	Concubinage	PACS	Marié	Divorcé	Veuf

AUTRE RESPONSABLE LÉGAL

AUTORITE PARENTALE : OUI NON

Organisme :		Personne référente :		
Fonction :		Lien avec l'enfant :		
Adresse :				
Code Postal :		Ville :		
Tél. domicile :		Fax :		
Tél. portable :		Courriel : @		

FRÈRES ET SOEURS

Nom Prénom	Date de naissance	Etablissement fréquenté

ASSURANCE DE L'ÉLÈVE

Nom :	Individuelle accident :	OUI	NON
-------	-------------------------	-----	-----

Tournez la page, S.V.P.

INFORMATIONS SANTÉ

EN CAS D'URGENCE

**Personnes à appeler en cas d'urgence et autorisées à venir chercher l'enfant
(si les parents ne sont pas joignables)**

Nom Prénom	Lien avec l'enfant	Numéro de téléphone	
Nom Prénom du MEDECIN de FAMILLE :			
Numéro du cabinet :		Ville :	
L'enfant a-t-il des contre-indications médicales ?		OUI	NON
Si oui, lesquelles ?			

PORT DE LUNETTES

Port de lunettes ?	OUI	NON	Si oui, doit-il-elle les porter en EPS ou en récréation ?	OUI	NON

ALLERGIES >>> PRECISEZ

aux médicaments :
aux aliments :
aux piqûres d'insectes :
autres :

PAI (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUEL)

L'enfant a-t-il un PAI ?	NON	OUI	Date :
Précisez l'objet du PAI :			

AUTRES PROBLEMES DE SANTE

Précisez :

AUTORISATIONS PARENTALES

En cas de maladie ou d'accident de l'élève survenant à l'école ou durant les activités scolaires qui se déroulent hors de l'école, j'autorise les enseignants de l'école à prendre toutes les mesures d'urgence. La famille sera immédiatement informée.	OUI	NON
J'autorise que mon enfant soit photographié dans le cadre des activités scolaires et pour la photo de classe.	OUI	NON
J'autorise la publication de l'image de mon enfant sur le site internet de l'école et en vue d'un article de presse. (visible par tous)	OUI	NON

Date : Signature du responsable légal 1 : Signature du responsable légal 2 :

En cas d'un ou plusieurs changements dans les rubriques précédemment mentionnées qui pourraient survenir dans le courant de l'année scolaire, merci de prévenir l'enseignant et la directrice afin que les corrections puissent être apportées.