

Classe : \_\_\_\_\_

**FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS / FICHE D'URGENCE**

**IMPORTANT** : tout changement (situation familiale, adresse, n° de téléphone, santé...) devra être signalé le plus rapidement possible.

**ÉLÈVE CONCERNÉ / DETAILS OF STUDENT**

NOM / SURNAME : \_\_\_\_\_ Prénom(s) / First name: \_\_\_\_\_

Sexe :  F  M Date de naissance (D.O.B) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ VILLE DE NAISSANCE / Place of birth: \_\_\_\_\_

PAYS DE NAISSANCE / Country of birth: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

**RESPONSABLES LÉGAUX / LEGAL GUARDIAN**

Responsables légaux : il est important de renseigner les adresses des 2 responsables légaux pour la transmission des résultats scolaires et pour l'envoi des documents concernant les élections des représentants de parents d'élèves.

Si l'un des deux parents n'exerce pas l'autorité parentale, joindre impérativement une copie du jugement.

	<b>PÈRE / FATHER</b>	<b>MÈRE / MOTHER</b>	<b>AUTRE: tiers, famille d'accueil OTHERS: Third Party</b>
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
NOM / NAME			
Prénom / FIRSTNAME			
Adresse			
Ville / CITY			
Tel. Domicile / Residence			
Tel. mobile			
@ Courriel / Email			
Profession			
Tel. Travail / Work Tel.			
Organisme Company Name			
Communication de l'adresse (postale + courriel) aux associat° de parents d'élèves	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**INFORMATIONS PERISCOLAIRES**Restaurant scolaire :  OUI  NON  PARFOISGarderie du soir :  OUI  NON  PARFOISDéplacement maison / école :  SEUL  ACCOMPAGNÉ

**AUTRES ADULTES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET / OU AUTORISÉS À PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant (parent, voisin...) : \_\_\_\_\_

À CONTACTER EN CAS D'URGENCE  AUTORISÉ À PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant (parent, voisin...) : \_\_\_\_\_

À CONTACTER EN CAS D'URGENCE  AUTORISÉ À PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant (parent, voisin...) : \_\_\_\_\_

À CONTACTER EN CAS D'URGENCE  AUTORISÉ À PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant (parent, voisin...) : \_\_\_\_\_

À CONTACTER EN CAS D'URGENCE  AUTORISÉ À PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE

**ASSURANCE SCOLAIRE ET EXTRA-SCOLAIRE**

NOM DE L'ASSUREUR : \_\_\_\_\_

COUVERTURE VALIDE DU \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ AU \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DETAIL DE LA COUVERTURE DE L'ENFANT:

DETAIL DE LA COUVERTURE TIERS:

**INFORMATIONS MÉDICALES**

Médecin traitant / Family doctor Name : \_\_\_\_\_

City / Ville : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique / Next tetanos vaccination due date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Asthme :  OUI  NON Allergies :  OUI  NON ⇨ Si OUI, précisez / please describe the allergy: \_\_\_\_\_

Autres problèmes de santé / Other health issue (if any): \_\_\_\_\_

Port de lunettes / Glasses:  OUI  NON ⇨ Si OUI, précisez:

EN PERMANENCE / AT ALL TIMES

EN CLASSE SEULEMENT / ONLY IN THE CLASSROOM

**AUTORISATION SORTIE DEJEUNER (Pour les élèves de 4ème à la terminale)**

J'autorise mon enfant a sortir de l'école pour sa pause déjeuner:  OUI  NON

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature des responsables légaux