Ecole Saint Pierre
8, rue de Nabécor – 54000 NANCY
Tél.: 03.83.35.39.14.
E-mail: ecole.pierre1@laposte.net

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : _____ **Niveau :** _____ **Classe :** _____

ÉLÈVE

NOM : _____ Nationalité : …… **Sexe : M** ☐ **F** ☐

Prénom : _____

Né(e) le : …. / …. / …….. **Lieu de naissance** (commune et département) **:** _____

Adresse : _____

Code postal : _____ **Commune :** _____

RESPONSABLES LÉGAUX

Situation familiale : ☐ mariés ☐ célibataire ☐ divorcés ☐ séparés ☐ pacsés ☐ veuf(ve) ☐ concubinage

Si divorcés, séparés, nous fournir le jugement attestant l'autorité parentale. (Obligatoire)
Si vie maritale, pacsés, nous fournir une pièce attestant l'autorité parentale. (Obligatoire)

Mode de garde de l'enfant : ☐ chez la maman ☐ chez le papa ☐ garde alternée

Faut-il transmettre les informations importantes de la scolarité de votre enfant aux deux parents (double exemplaire) ? OUI/NON

Mère **NOM :** _____ **Autorité parentale : Oui** ☐ **Non** ☐

Prénom : _____

Adresse : _____
(si différente de celle de l'élève)

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Profession : _____
CSP (*) : _____

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ Je suis enseignante dans un établissement scolaire privé. Fournir l'attestation de votre chef d'établissement

Courriel :_____@_____

Père **Autorité parentale : Oui** ☐ **Non** ☐

NOM : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____
(si différente de celle de l'élève)

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Profession : _____
CSP (*) : _____

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ☐ Je suis enseignant dans un établissement scolaire privé. Fournir l'attestation de votre chef d'établissement

Courriel :_____@_____

Nom et commune de l'école précédente : ……..

(*) 1.Agriculteurs exploitants – 2.Artisans, commerçants et chefs d'entreprise – 3.Cadres et professions intellectuelles supérieures – 4.Professions intermédiaires –5. Employés – 6.Ouvriers – 7.Retraités – 8.Sans activité professionnelle

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE

(si changement ou ajout de personnes au cours de l'année, prévenir **impérativement** par écrit l'enseignante de l'enfant qui transmettra au chef d'établissement)

☐ **J'autorise mon enfant à quitter seul l'établissement à 11h30 et/ou à 16h30 à partir du CE1**

NOM : _____ **Prénom** : _____ ☐ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ ☐ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Numéro de poste : _____

NOM : _____ **Prénom** _____ ☐ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ ☐ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Numéro de poste : _____

NOM : _____ **Prénom** : _____ ☐ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ ☐ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Numéro de poste : _____**

INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES Tout changement fera l'objet d'une demande écrite au chef d'établissement.

☐ Garderie matin

Cantine

☐ Forfait 1j/semaine
☐ Forfait 2j/semaine
☐ Forfait 3j/semaine
☐ Forfait 4j/semaine

Garderie du soir (17h45)

☐ Forfait 1j/semaine
☐ Forfait 2j/semaine
☐ Forfait 3j/semaine
☐ Forfait 4j/semaine

Etude jusqu'à 17h45 (à partir du CE1)

☐ Forfait 1j/semaine
☐ Forfait 2j/semaine
☐ Forfait 3j/semaine
☐ Forfait 4j/semaine

Garderie du soir (18h30)

☐ Forfait 1j/semaine
☐ Forfait 2j/semaine
☐ Forfait 3j/semaine
☐ Forfait 4j/semaine

Etude + garderie

☐ Forfait 1j/semaine
☐ Forfait 2j/semaine
☐ Forfait 3j/semaine
☐ Forfait 4j/semaine

Régime alimentaire particulier : .....

Nous souhaitons recevoir les factures uniquement par mail, nous indiquons ci-dessous notre adresse :

_____@_____

SUIVI DE L'ENFANT

Si votre enfant est suivi par un ou plusieurs spécialistes, vous pouvez nous indiquer leurs coordonnées :

_____

_____

☐ **Mon enfant a besoin d'un PAI** (Protocole à mettre en place en cas de traitement médical spécifique au sein de l'établissement ou allergies alimentaires importantes). Le PAI doit être demandé à votre médecin traitant et transmis impérativement dès la rentrée.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX EN CAS D'URGENCE

Date du dernier D.T.-Polio :……..

Renseignements utiles concernant la santé de l'enfant : (allergies alimentaires, à certains médicaments, problèmes de santé etc.)

…….....

……...

Nom du médecin……

Tel :……

En cas d'accident ou problème de santé grave, il sera fait appel aux services d'urgence (SAMU, pompiers).

N° de SS couvrant l'enfant :……

COMPOSITION DE LA FAMILLE

Merci de remplir le document ci-dessous avec les frères et sœurs de la famille de l'enfant concerné

NOM	Prénom	Classe	Nom de l'établissement scolaire

AUTORISATION pour le droit à l'image (à remplir par les deux parents)

Mère :

☐ **Je ne souhaite pas** que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires.

☐ **J'accepte** que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires.

Père :

☐ **Je ne souhaite pas** que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires.

☐ **J'accepte** que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires.

Nous nous engageons à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date : …../……/20…..

Signature de la mère	Signature du père