

FICHE DE RENSEIGNEMENTS – **ECOLE**

École souhaitée : LA CELLE SAINT AVANT

Classe : TPS

École précédente :

ÉLÈVE

NOM : _____ Prénom _____ / _____ / _____ Sexe : M F

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

RESPONSABLES LÉGAUX

Autorité parentale : oui non Père :

Nom : _____

Prénom : _____

Profession : _____

Situation familiale (1) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Téléphone travail :

Courriel : _____ @ _____

Autorité parentale : oui non Mère : Nom de jeune fille : _____

Nom marital : _____

Prénom : _____

Profession : _____

Situation familiale (1) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Téléphone travail :

Courriel : _____ @ _____

Autorité parentale : oui non **Autre responsable légal** (personne physique et morale)

Organisme : _____

Personne référente : _____

Fonction : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Téléphone portable : _____
Téléphone travail : _____
Courriel : _____@_____

1) Célibataire – Marié(e) – Veuf(ve) – Divorcé(e)- Séparé(e)- Concubin(e)- Pacsé(e))

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

Nom : _____ Prénom : _____
 à appeler en cas d'urgence
 autorisé à prendre l'enfant
Lien avec l'enfant : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Téléphone portable : _____
Téléphone travail : _____

RENSEIGNEMENTS UTILES CONCERNANT L'ENFANT :

Vaccin BCG : _____
Vaccin D.T.C.P.: _____
Médecin (adresse et téléphone): _____
Numéro sécurité sociale :

ASSURANCE DE L'ENFANT

Compagnie d'assurance : _____
Numéro de police d'assurance :

Date : _____ Signature : _____ Signature : _____