

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS – **ECOLE**

École souhaitée : LA CELLE SAINT AVANT

Classe : TPS

### 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 **en dehors des parents**)

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 en dehors des parents**

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 : merci de fournir une copie du carnet pour les vaccins**

Vaccin BCG : \_\_\_\_\_

Vaccin D.T.C.P.: \_\_\_\_\_

Médecin traitant : Docteur (nom/prénom)

Adresse :

Code postal/Commune :

tél :

**ASSURANCE DE L'ENFANT, photocopie à fournir**

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

Numéro de police d'assurance :

Date :

Signature :

Signature :