

Année scolaire : 20.... / 20....

Classe de Mme ; M.

Niveau :

NOM : _____ **Prénom :** _____ **Sexe :** M ☐ F ☐

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

Adresse : _____

Code postal : _____ **Commune :** _____

RESPONSABLES LÉGAUX

Mère **NOM de jeune fille :** _____ **Autorité parentale :** Oui ☐ Non ☐

NOM marital (nom d'usage) : _____ **Prénom :** _____

Profession : _____ **Code PCS** _____ **Situation familiale (1) :** _____

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

Code postal : _____ **Commune :** _____

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Courriel : _____@_____

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui ☐ Non ☐

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

NOM : _____ **Prénom :** _____

Profession : _____ **Code PCS** _____ **Situation familiale (1) :** _____

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

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Courriel : _____@_____

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui ☐ Non ☐

Autre responsable légal (personne physique ou morale) **Autorité parentale :** Oui ☐ Non ☐

Organisme : _____ **Personne référente :** _____

Fonction : _____ **Lien avec l'enfant :** _____

Adresse : _____

Code postal : _____ **Commune :** _____

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

Courriel : _____@_____

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

* **Responsables légaux** : Il est important de renseigner le document concernant les deux responsables légaux pour :

- La transmission des résultats scolaires (circulaire n°94-149 du 13/04/1994)
- Les élections des représentants des parents d'élèves : chaque parent est désormais électeur et éligible (note de service n°2004-104 du 25/06/2004).

EN DEHORS DES PARENTS**PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE**

NOM : _____ Prénom : _____

☐ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____

☐ Autorisée à prendre l'enfant
en cas d'urgence.

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Téléphone portable :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOM : _____ Prénom : _____

☐ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____

☐ Autorisée à prendre l'enfant
en cas d'urgence.

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Téléphone portable :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

AUTRES ENFANTS DE LA FAMILLE

Nom				
Prénom				
Année de naissance				
Ecole fréquentée				

INFORMATIONS

PAI :	Oui ☐ Faire le renouvellement Non ☐	Raison du PAI : _____
Port des lunettes	Oui ☐ Non ☐ En permanence ☐ En classe seulement ☐	
Autres informations que vous jugerez utiles		
Intervenant extérieur	Oui ☐ Non ☐ Orthophoniste, psychomoteur, ... _____ Nom : _____ Téléphone : _____ Nom : _____ Téléphone : _____	
Médecin traitant	Nom : _____ Téléphone : _____	

ASSURANCE DE L'ENFANTResponsabilité civile : Oui ☐ Non ☐ Individuelle Accident : Oui ☐ Non ☐

Nom de la compagnie d'assurance : _____ Numéro de l'assurance : _____

Numéro de Sécurité Sociale couvrant l'enfant : _____

Je m'engage à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date : _____ Responsables légaux : Signature : _____

Signature : _____