

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**ÉLÈVE**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date naissance : \_\_\_\_\_ lieu : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_  
Tél. Domicile: \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_

---

**MÈRE**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Situation de famille : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_  
Téléphone Portable: \_\_\_\_\_ Téléphone Travail : \_\_\_\_\_  
Adresse (si différente) : \_\_\_\_\_

---

**PÈRE**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Situation de famille : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_  
Téléphone Portable: \_\_\_\_\_ Téléphone Travail : \_\_\_\_\_  
Adresse (si différente) : \_\_\_\_\_

---

**AUTRE PERSONNE à prévenir en cas d'urgence (nounou, grands-parents,...)**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone Travail : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_

---

**FRÈRES ET SOEURS**

Prénom : \_\_\_\_\_ né(e) le: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ né(e) le: \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ né(e) le: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ né(e) le: \_\_\_\_\_

**SANTÉ**

Nom du médecin traitant et téléphone : \_\_\_\_\_

Observations concernant la santé de l'enfant : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Régime particulier ou allergies : \_\_\_\_\_

**ASSURANCE**

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_ Numéro de police : \_\_\_\_\_

**PERSONNES AUTORISÉES**

à prendre l'enfant à la sortie de l'école ou du car

<i>NOM</i>	<i>Prénom</i>	<i>Qualité</i>	<i>Téléphone</i>

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_,

agissant en qualité de mère, père, tuteur, **autorise mon enfant :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

**à quitter l'école ou le car accompagné(e) de l'une des personnes consignées ci-dessus.**

Je déclare par la présente décharger de toute responsabilité le personnel enseignant et de garderie.

**En cas d'urgence, autorisez-vous la personne responsable de la cantine-garderie à faire pratiquer les soins et interventions nécessités par son état ?**

OUI       NON

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature précédée de la mention "Lu et approuvé"**