



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS : ECOLE LES CHARDONS BLEUS à CROZET  
ANNEE SCOLAIRE 2018/2019**

**L'ÉLÈVE :**

NOM : ..... Prénom : .....

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

Nationalité : .....

Adresse : .....

**LA FAMILLE :**

**Situation :** mariage, vie maritale \*      célibat\*      veuvage \*      divorce, séparation\* (\*= entourer votre réponse)

<b>MERE :</b>	<b>PERE :</b>
NOM, Prénom : .....	NOM, Prénom : .....
Profession : .....	Profession : .....
Lieu de travail : .....	Lieu de travail : .....
Tél domicile : .....	Tél domicile : .....
Tél portable : .....	Tél portable : .....
Tél travail : .....	Tél travail : .....

***En cas de divorce, séparation :***

**Autorité parentale conjointe des deux parents :**

**OUI - NON** (nom du parent responsable : .....) )

- La loi autorise -t- elle à remettre l'enfant à l'un ou l'autre parent, à tout moment ? **OUI - NON**
- L'école ne peut prendre position, veuillez nous faire parvenir la photocopie du jugement indiquant les modalités de garde.

**Coordonnées de l'autre parent (pour l'envoi des évaluations) :**

Nom , Prénom : .....

Adresse : .....

***Personnes en dehors de la famille qui garde l'enfant (nounou....) ou susceptibles de récupérer votre enfant :***

**J'autorise les personnes ci-dessous à récupérer mon enfant :**

<b>NOM</b>	<b>PRENOM</b>	<b>QUALITE :nounou, grands-parents...</b>	<b>TELEPHONE</b>

**Date et Signature du Père :**

**Date et signature de la mère :**

**EN CAS D'URGENCE**  
**CONTACTS ANNEE SCOLAIRE 2018/2019, ECOLE LES CHARDONS BLEUS CROZET**

En cas d'urgence, l'école s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous communiquant le maximum de numéros de téléphone .Un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

	MERE	PERE
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Téléphone travail		
Courriel		

**Personnes susceptibles de prévenir les parents (grands-parents, nourrice...) :**

Nom, Prénom	Téléphone	Qualité

SECURITE SOCIALE :

N° : .....

Adresse : .....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRES :

- Date vaccin antitétanique : .....
- Médecin traitant : Nom, Prénom : ..... Téléphone : .....

**Observations particulières que la famille juge utile de porter à la connaissance de l'école (allergies, traitements en cours, asthme ..., précautions à prendre) :**

*Dans l'intérêt de l'enfant, les parents doivent prévenir immédiatement la directrice en cas de changement des informations données. Les parents peuvent transmettre des informations confidentielles sous enveloppe fermée à l'intention du médecin scolaire ou de l'infirmière scolaire.*

**Dater et Signer :**

**PERE :**

**MERE :**