



FICHE DE RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS

(Cette fiche est confidentielle. Merci de la remplir très exactement et de nous signaler tous les changements, le plus rapidement possible.)

VOTRE ENFANT : Classe : Maître(esse):.....

Nom:..... Prénoms:.....

Date de naissance:...../...../..... Nationalité :.....

Lieu de Naissance:.....

Pour les nouveaux élèves

☞ N'oubliez pas de fournir le certificat de radiation émanant de l'ancienne école si ce n'est déjà fait.

Nom de l'ancienne école:.....	Ville :.....
Adresse:.....	Code postal:.....

☞ **Très Important : Disposition en cas d'accident :**

Qui prévenir en cas d'accident ou de maladie ? (Numérotez l'ordre de préférence)	
<input type="checkbox"/> Le père	<input type="checkbox"/> La mère
☎ domicile:	☎ domicile:
☎ travail :	☎ travail :
☎ portable:	☎ portable:

<input type="checkbox"/> Autres personnes		Peut on leur confier votre enfant ?
Nom:..... ☎ :	Qualité:.....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
NOM:..... ☎	Qualité:.....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non



FICHE DE RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS

SITUATION DE FAMILLE DES PARENTS

Mariés	Séparés	Célibataire	Vie maritale	Divorcés
<i>(Rayer les mentions inutiles)</i>				
Personne responsable de l'enfant :				
Qui exerce l'autorité parentale ?				
<input type="checkbox"/> en commun			<input type="checkbox"/> seul(e)	
Cas particulier, fournir toutes décisions de justice				

	PERE	MERE
Nom
Prénoms
Date de naissance/...../...../...../.....
Nationalité:
Adresse: <i>(Prévenir l'école en cas de changement)</i>
Profession:
Nom et adresse de l'employeur:

FRERES ET SOEURS	Classe 2016/2017
1 -
2.....
3
4
5.....
6
7-.....
8.....



FICHE DE RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS

Santé

☞ **En cas de problème de santé ou d'accident de votre enfant, vous êtes tenus de vous rendre à l'école dès l'appel téléphonique de la directrice ou d'une personne du corps enseignant .**

En cas d'urgence :

Si vous ne pouvez être prévenu pour une raison quelconque, il sera fait appel au SAMU (☎ : 15)
Cet organisme décide, en fonction de la gravité du cas, du transport de l'enfant vers un hôpital compétent.
Les parents sont légalement responsables, vous devez prendre contact le plus rapidement possible avec l'hôpital vers lequel votre enfant aura été dirigé .

Date du dernier vaccin antitétanique:.....

Renseignement d'ordre médical particulier : *allergie, asthme, hémophilie, épilepsie, diabète, affection cardiaque*

.....
.....
.....

Est-il apte au sport ? oui Non

PORT DE LUNETTES	
Si votre enfant doit porter des lunettes ,doit il les porter en permanence ,y compris pendant les récréations ?	
<input type="checkbox"/> oui tout le temps	<input type="checkbox"/> oui seulement en classe
<input type="checkbox"/> non	

A Pont-Scorff le :...../...../ 2016

Signature des parents

[Empty rounded rectangular box for signature]



FICHE DE RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS

AUTORISATION DE SORTIES SCOLAIRES.

Je (nous) déclare(ons) autoriser mon (notre) enfant (nom - prénom)

.....
 en classe de à participer pendant l'année scolaire 2016/2017 aux sorties
 organisées par l'école dans le cadre des horaires et des programmes.

A Pont-Scorff le :
/...../ 2016

Signature des parents

ASSURANCE SCOLAIRE

Les directives ministérielles (note de service n°85-229 du 22 juin 1985 et n° 86-217 du 16 juillet 1986 rappellent que :

- ☞ chaque enfant doit être couvert par une **assurance Responsabilité Civile** des ses parents, pour les dommages **dont il serait l'auteur.**
- ☞ conseillent de l'assurer pour les dommages **dont il serait la victime** **assurance individuelle accident**.

☞ précisent que l'assurance scolaire est obligatoire pour certaines activités (sorties, classes transplantées, centre de loisirs) et indiquent que **la Directrice est en droit d'interdire ces activités aux enfants non assurés** .

☞ **L'assurance doit alors couvrir l'enfant pour les dommages dont il serait l'auteur ou la victime**

Je ,soussigné ,Monsieur ,Madame

Responsable légal de l'enfant: Classe:.....

Certifie sur l'honneur que ce dernier est assuré pour les dommages dont il serait l'auteur ou la victime lors des activités organisées par l'école.

Nom de la compagnie d'assurance

N° du contrat

A Pont-Scorff, le :
/...../ 2016

Signature des parents

☞ . **Merci de bien vouloir fournir rapidement une attestation d'assurance (attestant que les risques scolaires sont bien garantis).**