

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : Niveau : Classe :

ÉLÈVE	
Nom de famille :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nom d'usage :	
Prénom(s) :	
Né(e) le :	Lieu de naissance (commune et département) :

REPRÉSENTANTS LÉGAUX	
Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	
Nom de famille :	Prénom :
Nom d'usage :	
Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste page 3)	
Adresse :	
Code postal :	Commune :
L'élève habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Tél. mobile :	Tél. domicile :
Tél. travail :	
Courriel :	
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	
Nom de famille :	Prénom :
Nom d'usage :	
Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste page 3)	
Adresse :	
Code postal :	Commune :
L'élève habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Tél. mobile :	Tél. domicile :
Tél. travail :	
Courriel :	
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Tiers délégataire (personne physique ou morale)	Lien avec l'élève (*) :
<small>Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales.</small>	
Nom de famille :	Prénom :
Nom d'usage :	Organisme :
Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste page 3)	
Adresse :	
Code postal :	Commune :
L'élève habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Tél. mobile :	Tél. domicile :
Tél. travail :	
Courriel :	
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

(*) Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Garde d'enfant/Autre lien (à préciser) ou Aide Sociale à l'Enfance (pour responsable moral)

Nous acceptons que notre enfant soit photographié(e) ou filmé(e) pendant les activités scolaires : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Nom : Prénom : Niveau : Classe :

AUTRES RESPONSABLES qui ont la charge effective de l'élève (personne physique ou morale) Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales, le cas échéant.	
Lien avec l'élève (*):	
Nom de famille :	Prénom :
Nom d'usage :	Organisme :
Adresse :	
Code postal :	Commune :
L'élève habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Tél. mobile :	Tél. domicile : Tél. travail :
Courriel :	
Lien avec l'élève (*):	
Nom de famille :	Prénom :
Nom d'usage :	Organisme :
Adresse :	
Code postal :	Commune :
L'élève habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Tél. mobile :	Tél. domicile : Tél. travail :
Courriel :	

PERSONNES À CONTACTER (si différentes des personnes déjà indiquées)	
Lien avec l'élève (*):	
À contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>	Autorisé(e) à venir chercher l'élève <input type="checkbox"/>
Nom de famille :	Nom d'usage : Prénom :
Tél. mobile :	Tél. domicile : Tél. travail :
Lien avec l'élève (*):	
À contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>	Autorisé(e) à venir chercher l'élève <input type="checkbox"/>
Nom de famille :	Nom d'usage : Prénom :
Tél. mobile :	Tél. domicile : Tél. travail :
Lien avec l'élève (*):	
À contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>	Autorisé(e) à venir chercher l'élève <input type="checkbox"/>
Nom de famille :	Nom d'usage : Prénom :
Tél. mobile :	Tél. domicile : Tél. travail :
Lien avec l'élève (*):	
À contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>	Autorisé(e) à venir chercher l'élève <input type="checkbox"/>
Nom de famille :	Nom d'usage : Prénom :
Tél. mobile :	Tél. domicile : Tél. travail :

(*) Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Garde d'enfant/Autre lien (à préciser) ou Aide Sociale à l'Enfance (pour responsable moral)

SERVICES PÉRISCOLAIRES			
Restaurant scolaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Garderie du matin :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Études surveillées :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Garderie du soir :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Transport scolaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

Date :

Signature des représentants légaux :