

École maternelle de Roche 179, rue des Bersoudières 38090 ROCHE 04 74 92 77 38 ce.0382803R@ac-grenoble.fr	<h2 style="margin: 0;">FICHE DE RENSEIGNEMENTS FICHE D'URGENCE</h2>	École élémentaire de Roche 115, rue des Écoles 38090 ROCHE 04 74 92 64 61 direction.roche@orange.fr
---	---	---

ELEVE

NOM : Prénom : Sexe : M F

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

Adresse de résidence de l'enfant :

Classe et école fréquentée l'année précédente :

Classe demandée :

FAMILLE DE L'ENFANT / NUMEROS D'URGENCE

Responsables légaux : il est important de renseigner les adresses des 2 responsables légaux pour la transmission des résultats scolaires et pour l'envoi des documents pour les élections des représentants de parents d'élèves.

	Père	Mère	Autre : nouveau conjoint(e)
NOM			
Prénom			
Nom de jeune fille			
Adresse			
Code Postal			
Ville			
Domicile			
Portable			
Adresse mail			
Profession			
Entreprise			
Travail			
Situation de famille	<input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> décédé	<input type="checkbox"/> mariée <input type="checkbox"/> séparée <input type="checkbox"/> divorcée <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuve <input type="checkbox"/> décédée	
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
En cas de placement chez un tiers (famille d'accueil,...)	Nom et prénom : : Adresse : Organisme : Personne référente :		

AUTRES ADULTES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE, autorisés à prendre toutes dispositions nécessaires et à venir chercher l'enfant à l'école :

Nom et prénom : :

Nom et prénom : :

Nom et prénom :

☎ :

FRERES ET SŒURS

NOM					
Prénom					
Date de naissance					

ASSURANCE L'assurance est OBLIGATOIRE pour les dommages dont l'enfant serait l'auteur (responsabilité civile) et pour ceux qu'il pourrait subir (individuelle accident).

Responsabilité civile : Oui Non Individuelle Accident : Oui Non

Compagnie d'assurance de l'enfant: N°police d'assurance :

DOSSIER SANTE

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par l'école. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Médecin traitant : Ville : ☎ :

Vaccination obligatoire (dernières date) : DTCP :

Si votre enfant souffre d'une maladie chronique nécessitant un traitement particulier (asthme, allergie ou intolérance alimentaire, épilepsie, mucoviscidose, etc.), **vous devez demander la rédaction d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) par le médecin scolaire**, en accord avec le médecin traitant.

DEMANDE DE PAI : Oui Non

Allergies :

Autres problèmes de santé : (asthme, etc.....) :

Port de lunettes : en permanence en classe seulement

DISPOSITIONS EN CAS D'URGENCE

En l'absence de la personne responsable de l'enfant, **j'autorise je n'autorise pas** (rayer la mention inutile) les enseignants de l'école à prendre les dispositions nécessaires (prendre contact avec le médecin de famille ou prévenir les services d'urgence) et à faire procéder à l'hospitalisation de mon enfant.

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Autorisation photos	J'autorise la prise de photo de classe de mon enfant. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
---------------------	--

Je m'engage à vous signaler tout changement, en cours d'année, modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date

Signature père

Signature mère

Cadre réservé à la Mairie

Certificat d'affectation pour l'année scolaire :
L'enfant désigné ci-dessus est affecté à l'école maternelle / élémentaire de Roche (rayer mention inutile).

Le maire, Bernard COCHARD :

Tampon mairie :