

**Renseignements administratifs – A compléter en majuscules**

***L’élève***

Nom et prénom : en classe de :

Né(e) le : \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à : Dépt. :

Nationalité :

***Les parents ou responsable***

Situation familiale : ☐ mariés ☐ vie maritale ☐ séparés ☐ divorcés ☐ célibataire ☐ Veuf

Nom et prénom des parents responsable :

Adresse :

Code postal Ville :

Tél. domicile :

Tél. Portable (père) : Tél. Portable (mère) :

E-mail (père) : E-mail (mère) :

Profession du père ou responsable : tél. :

Profession de la mère ou responsable : tél. :

**Les autorisations**

**Personnes autorisées à prendre l’enfant à la sortie de l’école, autres que les parents**

Nom Téléphone Lien (Gd parents, Nourrice, etc.)

**J’autorise mon enfant :**

**-** à rentrer seul de l’école : oui ☐ non ☐

- à participer à toutes les sorties pédagogiques proposées par l’enseignant dans le cadre

des horaires scolaires : oui ☐ non ☐

- à être pris en photo durant les activités pédagogiques de l’école, à l’occasion des sorties

proposées par les enseignants : oui ☐ non ☐



**Santé de l’enfant**

**☐ Mon enfant est allergique à :**

**☐ MON ENFANT BÉNÉFICIE D’UN PAI :**

Nom votre médecin traitant : Téléphone :

**Je certifie que mon enfant est à jour de ses vaccinations**

Mon enfant est couvert par la sécurité sociale de M.

N° d’Immatriculation :

Votre enfant est-t-il suivi ou a-t-il été suivi par un orthophoniste, un psychologue,

un psychomotricien, … ? Si oui, merci de nous préciser ses coordonnées.

Nom : Spécialité :

Tél. :

Nom : Spécialité :

Tél. :

**Autorisation d’intervention médicale ou chirurgicale**

Je soussigné(e) Monsieur/Madame ………………………………………parents de ……………………………………

* Autorise le chef d’établissement, ou en son absence, l’enseignante ayant délégation, à prendre, en cas d’urgence, toute décision de transport, d’hospitalisation ou d’intervention chirurgicale jugées indispensables par le médecin appelé, en raison de la santé de mon enfant.

Cette autorisation vaut, en cas d’impossibilité de me joindre ou de joindre mon conjoint, soit d’obtenir, l’avis du médecin de famille.

Fait à ……………………………… le……………………………………….

Signature des parents ou responsables :

Révisé le 23/10/2023