

Renseignements administratifs

*L'élève*

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ en classe de : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_ n° Dép. : \_\_\_\_\_

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

Merci je joins au dossier la copie des pages de vaccination du carnet de santé de l'enfant

Nom votre médecin traitant : \_\_\_\_\_

Son téléphone : \_\_\_\_\_

Mon enfant est allergique à : \_\_\_\_\_

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**

Nom du médecin de famille : .....tel : .....

Dernières dates de vaccinations :

BCG : .....

DTPolio : .....

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 :