



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/Madameparents 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 :