RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

Ecole Maternelle des écureuils
CHARLY

Année scolaire : 2025/ 2026	**Classe :**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS (Les zones grisées sont à remplir impérativement)

IDENTITE DE L'ELEVE

Nom :

Prénom 1 :

Prénom 2 :

Prénom 3 :

Sexe ☐ **feminin** ☐ masculin

ADRESSE DE RESIDENCE

Numéro : **Adresse :**

Code Postal :

Commune :

Né(e) le : ___/___/___

Lieu de naissance

Pays : **Département :** **Commune :**

RESPONSABLES LEGAUX

Parent 1

Nom de jeune fille :

Prénom :

Nom d'usage :

Adresse courriel :_____@_____

Autorité parentale : ☐ **oui** ☐ **non**

Profession :

code CSP :

Numéro : **Adresse :**

(si différente de celle de l'élève)

Code postal :

Commune :

Téléphones **Domicile :**

Portable :

Travail : **n° de poste :**

Parent 2

Nom :

Prénom :

Adresse courriel :_____@_____

Autorité parentale : ☐ **oui** ☐ **non**

Profession :

Code CSP :

Numéro : **Adresse :**

(si différente de celle de l'élève)

Code postal :

Commune :

Téléphones **Domicile :**

Portable :

Travail : **n° de poste :**

AUTRE RESPONSABLE LÉGAL (personne physique ou morale)

Organisme :

Personne référente :

Fonction :

Adresse courriel :_____@_____

Autorité parentale : ☐ **oui** ☐ **non**

Numéro : **Adresse :**

(si différente de celle de l'élève)

Code postal :

Commune :

Téléphones **Domicile :** **Portable :**

Travail : **n° de poste :**

- **Responsables légaux** : Il est important de renseigner le document concernant les deux responsables légaux pour :
  - La transmission des résultats scolaires (circulaire n°94-149 du 13/04/1994)Les élections des représentants des parents d'élèves : chaque parent est désormais électeur et éligible (note de service n°2004-104 du 25/06/2004).

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE

Je soussigné(e) _____, autorise la maîtresse de mon enfant à le confier aux personnes dont les noms suivent à l'issue de la classe du matin et de l'après-midi. Au cas où mon enfant mangerait à la cantine, il sera confié aux responsables de la commune, chargés d'assurer le service du midi.

N'hésitez pas à mettre plusieurs personnes, en cas d'impossibilité des uns et des autres.

NOM	Lien avec l'enfant	Adresse	Téléphone(s)	(cochez) A appeler en cas d'urgence	(cochez) Autorisé à prendre l'enfant
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐

En cas d'accident, l'école s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.
En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.
Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : _____ (Pour être efficace, rappel de vaccination tous les 5 ans)
Observations particulières (allergies, traitements en cours, précautions particulière à prendre…) : _____

_____

Nom & coordonnées du médecin traitant : _____

AUTORISATIONS Pour l'année scolaire
Cocher pour chaque question OUI ou NON

1) J'autorise, pour la présente année scolaire, mon enfant à participer aux sorties éducatives et aux activités organisées à l'extérieur de l'école. ☐ oui ☐ non

2) Dans le cas où sa classe participera à une activité sportive (natation, voile, escalade, athlétisme, VTT, boule…) j'autorise mon enfant à y participer et déclare qu'à ma connaissance son état de santé lui permet de pratiquer les sports**. Joindre un certificat médical dans le cas contraire.**
☐ **oui** ☐ non

3) Dans le cadre des activités scolaires, dans un but pédagogique, des photographies ou des séquences vidéo pourront être faites. D'autre part, nous ferons des photos de classe comme chaque année. Vous ëtes d'accord pour que votre enfant soit pris en photo dans ce cadre là : : ☐ oui ☐ non

4) Dans le cadre des activités scolaires, j'autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport nécessaires pour les déplacements
☐ oui ☐ non

INFORMATIONS PERISCOLAIRES

Garderie matin	**Oui** ☐	**Non** ☐	Jours :
Garderie soir	**Oui** ☐	**Non** ☐	Jours :
Restaurant scolaire	**Oui** ☐	**Non** ☐	Jours :

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : Oui ☐ **Non** ☐

Individuelle Accident : Oui ☐ **Non** ☐

Compagnie d'assurance: _____

N° de police d'assurance : _____

Date de fin de contrat : _____

AUTORISATION (à remplir par les deux parents)

Parent 1 : ☐ Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves. (Ne cocher qu'en cas de refus)

Parent 2 : ☐ Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves. (Ne cocher qu'en cas de refus)

Je m'engage à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date : **Signature :** **Signature :**

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (Article 34 de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978). Pour l'exercer, contactez l'école.