

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(A remplir très lisiblement en noir foncé, y compris pour l'adresse mail, à renseigner obligatoirement.)  
**TYPE D'ENSEIGNEMENT CHOISI (PS) OU SUIVI INITIALEMENT (MS-GS)**

**Bilingue** (12h en français/ 12h en allemand. Engagement jusqu'au collège au moins)

**Classique** (En français avec une initiation de trois heures en allemand dès la MS)

### ELEVE

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Sexe :** F  M

**Né(e) le :** \_\_\_\_\_ **à :** \_\_\_\_\_

**Nationalité :** \_\_\_\_\_

**Problème de santé (allergie, problème auditif, de vue, etc.) :**

**Suivi en orthophonie, psychomotricité, psychothérapie :**

### RESPONSABLES LEGAUX

**MERE :** \_\_\_\_\_ **Autorité parentale :** Oui  Non

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Profession :** \_\_\_\_\_ **Situation familiale (2) :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Code postal :** \_\_\_\_\_ **Commune :** \_\_\_\_\_

**Tél. fixe :** \_\_\_\_\_ **Tél. portable :** \_\_\_\_\_

**Courriel :** \_\_\_\_\_

**Tél. professionnel :** \_\_\_\_\_

**PERE :** \_\_\_\_\_ **Autorité parentale :** Oui  Non

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Profession :** \_\_\_\_\_ **Situation familiale (2) :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Code postal :** \_\_\_\_\_ **Commune :** \_\_\_\_\_

**Tél. fixe :** \_\_\_\_\_ **Tél. portable :** \_\_\_\_\_

**Courriel :** \_\_\_\_\_

**Tél. professionnel :** \_\_\_\_\_

### PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'URGENCE :

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Lien avec l'enfant :** \_\_\_\_\_ **Tél. :** \_\_\_\_\_

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Lien avec l'enfant :** \_\_\_\_\_ **Tél. :** \_\_\_\_\_

**Nom du médecin de l'enfant :** \_\_\_\_\_ **Tél. :** \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS PERISCOLAIRES

**NOURRICE :** **NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Tél. :** \_\_\_\_\_

**ACCUEIL PERISCOLAIRE :** Oui  Non

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT APRES LA CLASSE :**

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Tél. :** \_\_\_\_\_

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Tél. :** \_\_\_\_\_

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Tél. :** \_\_\_\_\_

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Tél. :** \_\_\_\_\_

(En cas de changement, même ponctuel, une autorisation écrite de votre part avec mention de la personne à qui sera confié votre enfant, de la date et de l'heure sera nécessaire.)

## DELEGATION DE POUVOIRS EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ demeurant à l'adresse indiquée au verso, autorise Mme la directrice, ou, en son absence, l'enseignant(e) ayant délégation, à prendre, en cas d'urgence, toutes décisions de transport, d'hospitalisation ou d'autorisation d'intervention chirurgicale jugées indispensables par le médecin appelé, en raison de l'état de santé de mon enfant.

Cette autorisation vaut, en particulier, en cas d'impossibilité de me joindre (ou de joindre l'autre responsable légal de mon enfant), soit d'obtenir l'avis de notre médecin de famille.

NOM DU MEDECIN DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du père ou de la mère  
ou des responsables légaux :

Votre enfant a-t-il présenté des signes d'allergie à un aliment ou autre ? \_\_\_\_\_

Si c'est le cas, précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_