

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 :

