

 **FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Nom de l’enfant : ....................................................... Prénom : .............................................................

Né(e) le : ........................................................................... Lieu de naissance: .................................................

Classe : …………….. Baptisé(e) : oui non

Adresse de l’enfant : ……...........................................................................................................................

................................................................. Téléphone domicile : ...........................................................

 Portable : ……………………………...…………

Adresse mail : ………………………………….…………………………

Nom du Responsable légal :……………………………. Prénom : ……………………………..…

Profession : ……….………………………..… Nom de l’entreprise : ...........................................

Adresse de l’entreprise : ……………………………………………………………..........................................

Nom du conjoint : ……………………………………… Prénom : ………………………………..

Profession : …………………………………….. Nom de l’entreprise : ……………………………

Adresse de l’entreprise : ………………………………………………………………………………………..

Etat familial : marié(e) divorcé(e) veuf(ve) concubinage pacsé(e) célibataire

Pour les Parents séparés, adresse de l’autre parent : .…………..……………………………….……………

………………………………………………………………………………………………………………..

En cas d’accident, prévenir prioritairement :

........................................................................................... Téléphone : ....................................................

ou ...................................................................................... Téléphone : ....................................................

La nourrice : ...................................................................... Téléphone : ....................................................

Contre-indications médicales éventuelles : ......................................................................................................

Problèmes de santé à signaler : .........................................................................................................................

🡪 (signaler les allergies, asthme, hypoglycémie, convulsions, ...)

Médecin de famille : ........................................................... Téléphone : ...................................................

Ou : ................................................................................... Téléphone : ...................................................

Votre enfant mange à la cantine : oui non occasionnellement

Votre enfant va à la garderie : oui non occasionnellement

# DELEGATION DE POUVOIRS EN D’URGENCE

Je soussigné (e) ..........................................................................................................................................

Demeurant à l’adresse indiquée ci-dessus, autorise le Directeur de l’école Mr BARRAUD Patrick à prendre, en cas d’urgence, toutes décisions de transport, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale en cas de nécessitées constatées par un médecin. Cette autorisation vaut en cas d’impossibilité soit de me joindre (ou de joindre mon conjoint), soit d’obtenir l’avis de notre médecin de famille.

Fait à ................................................................................... Le ................................................................

Signature de (ou des) la personne(s) responsable(s) de l’enfant