

Service scolaire
04.74.71.49.65
Uniquement sur rendez-vous

Pièces à joindre :

Livret de famille
Justificatif de domicile de moins de 3 mois
Carnet de santé
Avis d'imposition 2018 sur les revenus 2017

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : _____ Classe : _____ Ecole : _____

ÉLÈVE

Nom : _____ Sexe : M F

Prénom(s) : _____/_____/_____

Né(e) le : ____/____/____ Lieu de naissance (commune + département) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

Mère NOM de famille : _____ Autorité parentale : oui non

Nom d'usage : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Profession : _____

Tel domicile : ____/____/____/____/____/____ Tel portable : ____/____/____/____/____/____

Tel travail : ____/____/____/____/____/____ Adresse courriel : _____

Père NOM de famille : _____ Autorité parentale : oui non

Nom d'usage : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Profession : _____

Tel domicile : ____/____/____/____/____/____ Tel portable : ____/____/____/____/____/____

Tel travail : ____/____/____/____/____/____ Adresse courriel : _____

Autre responsable légal (personne physique ou morale) Autorité parentale : oui non

Nom : _____ Fonction : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tel domicile : ____/____/____/____/____/____ Tel portable : ____/____/____/____/____/____

Tel travail : ____/____/____/____/____/____ Adresse courriel : _____

Fratric

Nom / Prénom	Date de naissance	Ecole fréquentée

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves

Nous ne souhaitons pas que notre enfant soit photographié(e) ou filmé(e) pendant les activités scolaires



SERVICES PERISCOLAIRES

Garderie matin	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Garderie soir	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Etudes surveillées	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Restaurant scolaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE (autres que les parents)

Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tel domicile : ____/____/____/____/____/ Tel portable : ____/____/____/____/____/

Tel travail : ____/____/____/____/____/

À appeler en cas d'urgence : Autorisé(e) à prendre l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tel domicile : ____/____/____/____/____/ Tel portable : ____/____/____/____/____/

Tel travail : ____/____/____/____/____/

À appeler en cas d'urgence : Autorisé(e) à prendre l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tel domicile : ____/____/____/____/____/ Tel portable : ____/____/____/____/____/

Tel travail : ____/____/____/____/____/

À appeler en cas d'urgence : Autorisé(e) à prendre l'enfant :

Date : _____

Signature des représentants légaux :