

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS -CP

Année Scolaire 2018/2019

Nous vous remercions de prendre le temps nécessaire pour compléter et relire cette fiche, dans l'intérêt de votre enfant. N'hésitez pas à nous contacter en cas de problème, de doute. Ces renseignements font l'objet d'un traitement informatisé dans le cadre unique de la gestion administrative de l'école.

L'ELEVE

NOM et Prénoms de l'élève :		Sexe : F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	
Né(e) le : __ / __ / _____	à :	Nationalité :	
Classe fréquentée à la rentrée :	L'enfant a-t-il déjà effectué une prolongation de scolarité (maintien ou « redoublement ») ? Si oui, à quel niveau (en quelle classe) ?		Oui <input type="checkbox"/> ➔ Niveau : Non <input type="checkbox"/>
Classe fréquentée en 2017/2018 :	Dans quelle école (si autre que CHALAMPE) ?		Cursus bilingue : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

LES PARENTS OU REPRESENTANTS LEGAUX

	PERE	MERE
	NOM – Prénom :	NOM de jeune fille – Prénom :
	Date de naissance :	Date de naissance :
Adresse (mettre les deux adresses si séparés ou divorcés) :		
Tel personnel* :		
Tel portable* :		
Adresse mail :		
Profession :		
Employeur :		
Tel professionnel* :		

Situation familiale des parents de l'enfant :

Mariés Concubinage Célibataire Veuf(ve) Pacsés

Divorcés Séparés

En cas de divorce, qui exerce l'autorité parentale * (non la garde) :

Les deux Père Mère

En cas de divorce, quel est le mode de garde :

Résidence habituelle chez le père Résidence habituelle chez la mère

Résidence alternée

*Toute modification devra être signalée.

* Si un des deux parents n'exerce pas l'autorité parentale, joindre impérativement une copie du jugement.

FRERES ET SŒURS, DEMI-FRERES, DEMI-SŒURS :

Nom et Prénom	Sexe	Date de naissance	Ecole/Collège/Lycée/Occupation...

ASSURANCE SCOLAIRE (à compléter si le contrat est déjà souscrit)

Nom de la société ou de la mutuelle :	
N° de contrat :	

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (autre que les parents)

Personnes à prévenir en cas d'urgence et habilitées à venir chercher l'enfant	Téléphone	Adresse

En cas de décision de justice, indiquer la (les) personne(s) **NON** autorisée(s) à venir chercher l'enfant 2 :

NOM et Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____

Médecin de famille : Dr.

Téléphone :

L'enfant porte-t-il des **lunettes** ?

Oui Non

Si oui, doit-il les porter en classe seulement ?

Oui Non

Si oui, peut-il les porter en récréation

Oui Non

Remarques :

Renseignements utiles concernant la santé de l'enfant (allergies, troubles, autres...)

--

MODE DE GARDE DE MON ENFANT : Gardienne agréée Périscolaire Famille

Tableau à remplir si l'enfant fréquente l'accueil du périscolaire :

	L	M	M	J	V	Remarques
Cantine :						
Périscolaire matin :						
Périscolaire soir :						
N.A.P.						

Coordonnées de la gardienne agréée : Nom : Tél :