

École Élémentaire La Quiho
22 av. des Anciens Combattants
13610 LE PUY STE REPARADE
Tél 04.42.50.08.03

FICHE DE RENSEIGNEMENT

Année scolaire : 20__/20__

Nom de l'élève : _____ Prénom : _____

Date de naissance : __/__/20__ Lieu de naissance : _____ Sexe : Fem / Masc

Nationalité : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

FAMILLE : les représentants légaux

Nom et prénom Mère : _____ Père : _____

Profession : _____ Profession : _____

Tél fix : _____ Tél fix : _____

Tél portable : _____ Tél portable : _____

Tél travail : _____ Tél travail : _____

Situation familiale : Marié Divorcé Concubin Pacsé

Nombre de frères et de sœurs : _____

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE

SECURITÉ : Toute personne autorisée à venir chercher votre enfant :

NOM	PRENOM	TELEPHONE

Date et signature.

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS*

NOM DE L'ETABLISSEMENT ANNEE SCOLAIRE

Nom Prénom

Classe Date de naissance

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

N° et adresse du centre de sécurité sociale :

Adresse mail principale (une seule adresse)

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1-N° de téléphone du domicile

2-N° du travail du père Portable

3-N° du travail de la mère Portable

4-Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'en étant accompagné de sa famille.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nos soussignés, Monsieur et/ou Madame autorisons l'anesthésie de notre fils/fille au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A, le

Signature des parents

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans).

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre)

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant

*DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.