

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : Niveau : Classe :

ÉLÈVE

Nom de famille : Sexe : F M
Nom d'usage :
Prénom(s) : / /
Né(e) le : / / Lieu de naissance (commune et département) :

REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Mère Père Tuteur

Nom de famille : Prénom :
Nom d'usage :
Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste page 2)
Adresse :
Code postal : Commune :
L'élève habite à cette adresse : Oui Non
Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :
Courriel :
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui Non

Mère Père Tuteur

Nom de famille : Prénom :
Nom d'usage :
Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste page 2)
Adresse :
Code postal : Commune :
L'élève habite à cette adresse : Oui Non
Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :
Courriel :
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui Non

Tiers délégataire (personne physique ou morale) Lien avec l'élève (*):

Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales.

Nom de famille : Prénom :
Nom d'usage : Organisme :
Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste page 2)
Adresse :
Code postal : Commune :
L'élève habite à cette adresse : Oui Non
Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :
Courriel :
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui Non

(*) Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Garde d'enfant/Autre lien (à préciser) ou Aide Sociale à l'Enfance (pour responsable moral)

Nous acceptons que notre enfant soit photographié(e) ou filmé(e) pendant les activités scolaires : Oui Non

Nom : Prénom : Niveau : Classe :

AUTRES RESPONSABLES qui ont la charge effective de l'élève (personne physique ou morale)

Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales, le cas échéant.

Lien avec l'élève (*) :

Nom de famille : Prénom :

Nom d'usage : Organisme :

Adresse :

Code postal : Commune :

L'élève habite à cette adresse : Oui Non

Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :

Courriel :

Lien avec l'élève (*) :

Nom de famille : Prénom :

Nom d'usage : Organisme :

Adresse :

Code postal : Commune :

L'élève habite à cette adresse : Oui Non

Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :

Courriel :

PERSONNES À CONTACTER (si différentes des personnes déjà indiquées)

Lien avec l'élève (*) :

À contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève

Nom de famille : Nom d'usage : Prénom :

Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :

Lien avec l'élève (*) :

À contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève

Nom de famille : Nom d'usage : Prénom :

Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :

Lien avec l'élève (*) :

À contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève

Nom de famille : Nom d'usage : Prénom :

Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :

Lien avec l'élève (*) :

À contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève

Nom de famille : Nom d'usage : Prénom :

Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :

Lien avec l'élève (*) :

À contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève

Nom de famille : Nom d'usage : Prénom :

Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :

(*) Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Garde d'enfant/Autre lien (à préciser) ou Aide Sociale à l'Enfance (pour responsable moral)

SERVICES PÉRISCOLAIRES

Restaurant scolaire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Garderie du matin :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Études surveillées :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Garderie du soir :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Transport scolaire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

Date :

Signature des représentants légaux :

Liste des professions et des catégories socio-professionnelles

Code (*)	Libellé
AGRICULTEURS EXPLOITANTS	
10	Agriculteurs exploitants
ARTISANS, COMMERÇANTS ET CHEFS D'ENTREPRISE	
21	Artisans
22	Commerçants et assimilés
23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
CADRES ET PROFESSIONS INTELLECTUELLES SUPÉRIEURES	
31	Professions libérales
33	Cadres de la fonction publique
34	Professeurs, professions scientifiques
35	Professions de l'information, des arts et des spectacles
37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise
38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
PROFESSIONS INTERMÉDIAIRES	
42	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés
43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social
44	Clergé, religieux
45	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
46	Professions intermédiaires administratives commerciales en entreprise
47	Techniciens
48	Contremaîtres, agents de maîtrise
EMPLOYÉS	
52	Employés civils et agents de service de la fonction publique
53	Policiers et militaires
54	Employés administratifs d'entreprises
55	Employés de commerce
56	Personnels des services directs aux particuliers
OUVRIERS	
62	Ouvriers qualifiés de type industriel
63	Ouvriers qualifiés de type artisanal
64	Chauffeurs
65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
67	Ouvriers non qualifiés de type industriel
68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
69	Ouvriers agricoles
RETRAITÉS	
71	Retraités agriculteurs exploitants
72	Retraités artisans, commerçants, chefs entreprise
74	Anciens cadres
75	Anciennes professions intermédiaires
77	Anciens employés
78	Anciens ouvriers
AUTRES PERSONNES SANS ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE	
81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
83	Militaires du contingent
84	Elèves, étudiants
85	Personnes sans activité professionnelle < 60 ans (sauf retraités)
86	Personnes sans activité professionnelle >= 60 ans (sauf retraités)

(*) Code de la profession ou de la catégorie socio-professionnelle à reporter dans la fiche de renseignements



Tournez S.V.P.

AUTORISATION PARENTALE
DE PRISE DE VUES ET DE SON D'UN MINEUR,
D'UTILISATION DES IMAGES REPRÉSENTANT UN MINEUR,
DU DROIT D'AUTEUR

Nous soussignés :

Madame (nom, prénom) _____ mère, représentante légale
Et

Monsieur (nom, prénom) _____ père, représentant légal

D'une part,

autorisons l'établissement :

n'autorisons pas l'établissement :

Nom de l'établissement : **ECOLE MATERNELLE**

Adresse : **22, Rue du Bois 21110 THOREY EN PLAINE**

A prendre et à utiliser à titre gratuit des prises de vues et de son de notre enfant

Nom, prénom de l'élève : _____

Classe de : _____

Pour exploitation en interne à l'éducation nationale et en externe, sur tous supports (multimédia, web, papier) pour diffusion au grand public, y compris la presse régionale.

J'ai bien noté que je dispose à tout moment d'un droit d'accès, de modification et de suppression des données concernant mon enfant (article 34 de la loi 78-17 Informatique et libertés du 6 janvier 1978).

D'autre part,

autorisons :

n'autorisons pas :

l'utilisation de prises de vues et de son pour toute œuvre produite par notre enfant et rattachée à son cursus pédagogique. Elle demeure la propriété de l'établissement et ne pourra donner lieu à rémunération sous quelque forme que ce soit.

Date

Signature de la mère
Ou de la représentante légale

Date

Signature du père
Ou du représentant légal

Fiche d'urgence à l'intention des parents ¹

Nom de l'école..... Année scolaire.....

NOM de l'élève Prénom.....

Date de naissance..... Classe.....

NOM, prénom, adresse des parents ou du représentant légal

En cas d'accident ou de maladie, l'école s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant:

N° de TELEPHONE du domicile même si liste rouge (ce renseignement confidentiel ne sera pas communiqué en dehors de l'établissement).....

N° de portable.....

N° de TELEPHONE du travail du père..... poste.....

N° de TELEPHONE du travail de la mère..... poste.....

Nom et N° de TELEPHONE d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement

N° de sécurité sociale auquel est rattaché votre enfant :

Nom et N° de mutuelle à laquelle est rattaché votre enfant :

VACCIN ANTITETANIQUE date du dernier rappel

ALLERGIES CONNUES A CE JOUR :

En cas d'urgence, l'école fait appel au 15 et l'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. L'élève ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades précise les dispositions d'urgence concernant notamment les mineurs.

L'autorisation d'opérer ne peut être que spécifique à une intervention, une date et un médecin (ou un service hospitalier). Elle sera recueillie par le médecin du service d'accueil.

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'école.

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