

En classe de TPS PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom de l'ÉLÈVE. PRENOM :

Date de naissance. Sexe F G

Lieu. Dépt. (en chiffres) Nationalité

Ecole précédente : Classe.

Adresse.

RESPONSABLE LÉGAL 1

NOM : PRENOM :

Adresse. Code postal. Ville.

Téléphone : Liste rouge : OUI NON Portable

E-mai : @

Profession précise : CSP (numéro, cf. liste jointe):

Employeur Nom : Téléphone pro.

adresse complète:

RESPONSABLE LÉGAL 2:

NOM : PRENOM :

Adresse. Code postal. Ville.

Téléphone : Liste rouge : OUI NON Portable

E-mai : @

Profession précise : CSP (numéro, cf. liste jointe):

Employeur Nom : Téléphone pro.

adresse complète:

Situation actuelle : mariés PACSE divorcés vie commune séparés veuf(ve) autre situation

-Si divorcés ou séparés, l'autorité parentale est-elle conjointe? OUI NON (Joindre un extrait de la décision de justice précisant les modalités de l'exercice de l'autorité parentale)

Personne à prévenir en cas d'absence du responsable légal :

Nom. Prénom Tél

COMPOSITION DE LA FAMILLE (autres frères et sœurs)

Nom, prénom, date de naissance

Date:

Signature du responsable légal 1

Signature du responsable légal 2

FICHE D'URGENCE

Nom de l'établissement : Ecole Saint-Joseph

Nom: Prénom

Classe: Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

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° de portable du responsable légal 1: N° de travail du responsable légal 1

3. N° de portable du responsable légal 2: ... N° de travail du responsable légal 2

4. N° de téléphone et Nom d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement: Mme/Mlle/M

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'accompagné de sa famille.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous 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 du responsable légal 1

signature du responsable légal 2 :

▪ **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, traitement en cours, précautions particulières à prendre*) :

▪ **NOM du médecin traitant:**

adresse

n° de téléphone :