

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Classe fréquentée en 2020– 2021 : .....

**ELEVE**

Nom de l'enfant..... Nom d'usage..... Sexe : M  F

Prénoms .....

Date de naissance ..... Lieu de naissance ..... Département .....

Adresse : N° ..... Rue .....

Code postal : ..... Commune : .....

**RESPONSABLES LEGAUX**

	PERE	MERE	AUTRE REPRESENTANT LEGAL
Nom marital			
Nom de jeune fille			
Prénom			
Autorité parentale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Téléphone domicile			
Téléphone portable			
Téléphone travail et Poste			
Courriel			
Profession			
Adresse si différente de celle de l'enfant			

**PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE à l'école ou à la descente du car**

Nom					
Prénom					
Lien avec l'enfant					
A appeler en cas d'urgence	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autorisé à prendre l'enfant	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Adresse					
Téléphone domicile					
Téléphone portable					
Téléphone travail et Poste					

## ASSURANCE DE L'ENFANT

Centre de Sécurité Sociale : ..... N° de sécurité sociale : .....

Responsabilité civile : oui  non  Individuelle accident : oui  non

Compagnie d'assurance : ..... Numéro de police : .....

Renseignements particuliers (allergies, opérations, maladie, prise en charge spécifique, etc.....) .....  
.....  
.....

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : .....

Groupe sanguin (s'il est connu) .....

Médecin traitant : Docteur..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

## AUTORISATIONS

### ❖ DROIT A L'IMAGE ET ASSOCIATIONS DE PARENTS D'ELEVES (ne cocher qu'en cas de refus)

Mère :  Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires et/ou périscolaires.

Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.

Père :  Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires et/ou périscolaires.

Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.

### ❖ DECHARGE PARENTALE

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. Nous autorisons l'école La Fontaine ou la Communauté de Communes de la Moivre à la Coole à faire appel au service de secours d'urgence si besoin est.

---

Nous nous engageons à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date : ...../...../2020

**Signature du père** (ou du représentant légal) **de la mère**

Les données renseignées sur cette fiche seront prises en compte par le directeur de l'école dans le logiciel de l'Education Nationale, « base élèves 1<sup>er</sup> degré ». La Communauté de Communes est également destinataire de ces données, dans le cadre de ses compétences légales en matière d'inscription scolaire et de l'obligation scolaire.

Le droit d'accès et de rectification des personnes aux données les concernant s'exerce auprès du directeur de l'école, de l'EN de circonscription ou de l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale dans les conditions définies par les articles 39 et 40 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004.