ECOLE PUBLIQUE BILINGUE JEAN VERDUN 64 240 HASPARREN Tél. : 05 59 29 62 87 mél.: [ce.0640897c@ac-bordeaux.fr](mailto:ce.0640897c@ac-bordeaux.fr)

# FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS - ANNEE SCOLAIRE 2016 – 2017

## L’ENFANT

NOM : …………………………………………………………….. Prénom(s) : …………………………………………………. Sexe : M F

Né(e) le : …… / …… / ………… Lieu de naissance (commune et département) : …………………………………………………………………………………..

Nationalité : ………………………………………… Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

## LES RESPONSABLES LEGAUX

**MERE** Nom de jeune fille : …………………………………………………..…………. Autorité parentale : Oui Non

Nom marital (nom d’usage) : ……………………………………………………………….. Prénom : ……………………………………………………………….

Situation familiale *(1)* : ………………………………………………….... Profession : …………………………………………………………………………..

Adresse (si différente de celle de l’enfant) : …………………………………………………………………………………………..………………………………………………………..

Téléphone domicile *(2)* : …………………………………………………………. Téléphone portable *(2)* : ………………………………………………………………….

Intitulé et numéro de téléphone du travail *(2)* : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Courriel : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

**PERE** Nom : ………………………………………………..… Prénom : ……………………………………. Autorité parentale : Oui Non

Situation familiale *(1)* : ……………………………………………….. Profession : …………………………………………………………………………………………..

Adresse (si différente de celle de l’enfant) : …………………………………………………………………………………………………………………..………………………………..

Téléphone domicile *(2)* : …………………………………………………………. Téléphone portable *(2)*: ………………………………………………………………………

Intitulé et numéro de téléphone du travail *(2)* : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Courriel : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Autre responsable légal** (personne physique ou morale) Autorité parentale : Oui Non

Organisme : ……………………………………………………………………….. Personne référente : ………………………………………………………….……………………..

Fonction : …………………………………………………………………..……… Lien avec l’enfant : ………………………………………………………….…………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Téléphone *(2)* : …………………………………………………………. Téléphone portable *(2)* : …………………………………………………………………………

Courriel : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(1) célibataire – marié(e) – veuf (ve) – divorcé(e) – séparé(e) – concubin(e) – pacsé(e)*

**(2) Merci d’entourer le numéro de téléphone à appeler prioritairement, si nécessaire, durant le temps scolaire*.***

### LES FRERES ET SŒURS

NOM Prénom Scolarité

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**LUNETTES**

Votre enfant en porte-t-il ? ……………….. Si oui, doit-il les porter en permanence ? En classe seulement ? *(\*)*

**ASSURANCE SCOLAIRE (attestation à fournir)**

**Mon enfant est assuré en responsabilité civile et en individuelle accident par** :

Nom de la compagnie d’assurance : ………………………………………………………………………………. N° de contrat : ………………………………………….

**PRISES EN CHARGE EXTERIEURE**

Votre enfant bénéficie-t-il/elle d’une prise en charge à l’extérieur de l’école (orthophonie, psychomotricité…) ? Oui Non

Si oui, pour quel type d’aide, organisme, fréquence et horaires ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

### EN CAS D’ACCIDENT OU D’INDISPOSITION GRAVE

**Votre médecin** : Docteur……………………………………………………………………. numéro de téléphone : …………………………………………

Si son état le nécessite ou si nous ne pouvons pas vous joindre, votre enfant sera évacué(e) par les pompiers vers l’hôpital.

Groupe sanguin de l’enfant : ………………………. Date du dernier rappel antitétanique………………………………………………………..…………….

**Indications médicales à signaler (allergies, contre indications, …) :** ……………………………………………………………………………………………………………….

**Pathologie justifiant la mise en place ou le renouvellement d’un PAI :** *(\*)* **OUI NON**

**SORTIES DE PROXIMITE**

**J’autorise pour la présente année scolaire, mon enfant à participer aux sorties éducatives de proximité, organisées sur le temps scolaire, à l’extérieur de l’école (médiathèque, terrains et salles de sport, piscine…). Les déplacements, dont je serai informé(e), se feront à pied.**

OUI NON *(\*)* Signature :

**PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE L’ENFANT A LA SORTIE DE LA CLASSE**

NOM Prénom Qualité

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Signature des parents :

*(\*) Barrer la mention inutile.*