

MERCI DE PRENDRE LE TEMPS D'ÉCRIRE LISIÈLEMENT, EN LETTRES CAPITALES.

## L'ENFANT

NOM, PRÉNOM DE L'ENFANT : .....

CLASSE : .....

SEXE : .....

NATIONALITÉ : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

LIEU : .....

ADRESSE .....

N°SÉCURITÉ SOCIALE : .....

ASSURANCE, ADRESSE ET N° RESPONSABILITÉ CIVILE : .....

SI DÉJÀ SCOLARISÉ, NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT D'ORIGINE : .....

## LES PARENTS

NOM, PRÉNOM PARENT 1 : .....

AUTORITÉ PARENTALE : OUI ☐ NON ☐

PROFESSION : .....

RESPONSABLE PAYEUR : OUI ☐ NON ☐

EMPLOYEUR : .....

TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

EMAIL : .....

ADRESSE DU PARENT 1 SI DIFFÉRENTE DE L'ENFANT : .....

NOM, PRÉNOM PARENT 2 : .....

AUTORITÉ PARENTALE : OUI ☐ NON ☐

PROFESSION : .....

RESPONSABLE PAYEUR : OUI ☐ NON ☐

EMPLOYEUR : .....

TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

EMAIL : .....

ADRESSE DU PARENT 2 SI DIFFÉRENTE DE L'ENFANT : .....

SITUATION DE FAMILLE : MARIÉS ☐ PACSÉS ☐ CONCUBINS ☐ PARENT ISOLÉ ☐ SÉPARÉ ☐ DIVORCÉS ☐

À REMPLIR RECTO ET VERSO

**NOM, PRÉNOM ET DATE DE NAISSANCE DES FRÈRES ET SŒURS**

NOM, PRÉNOM

DATE DE  
NAISSANCE

CLASSE

ÉTABLISSEMENT FRÉQUENTÉ

**VIE À L'ÉCOLE**

**CANTINE**

OUI ☐

NON ☐

JOUR DE CANTINE

LUNDI ☐

MARDI ☐

JEUDI ☐

VENDREDI ☐

**RÉGIME ALIMENTAIRE**

OUI ☐

NON ☐

PRÉCISEZ :

**ALLERGIE ALIMENTAIRE**

OUI ☐

NON ☐

PRÉCISEZ :

**GARDERIE DU MATIN**

OUI ☐

NON ☐

**GARDERIE (MATERNELLE) OU ÉTUDE (PRIMAIRE) DU SOIR**

OUI ☐

NON ☐

SORTIE ÉTUDE À 17H30 ☐

**INFORMATIONS MÉDICALES**

• Indications médicales : (Pai, allergies, problèmes de santé, lunettes, suivi psychologique, orthophonie, traitement en cours, précautions particulières à prendre :

• L'enfant ne peut être accepté à l'école si la vaccination n'est pas à jour.

• Vaccin DT polio (obligatoire) : OUI ☐

NON ☐

Date du dernier rappel :

**PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'IMPOSSIBILITÉ À JOINDRE LES PARENTS**

NOM :

TEL :

NOM DU MÉDECIN TRAITANT :

TEL :

SI BESOIN, L'ENFANT DEVRA ÊTRE TRANSPORTÉ À L'HÔPITAL

À LA CLINIQUE

**SORTIE - MIDI ET 16H30**

Personnes autorisées à venir chercher votre enfant à la sortie :

NOM, PRÉNOM :

Nous autorisons notre enfant à rentrer non accompagné à la maison : OUI ☐

NON ☐

**SIGNATURE OBLIGATOIRE DES 2 PARENTS (OU RESPONSABLE LÉGAL) :**

PARENT 1 :

PARENT 2 :