



Ecole Maternelle Saint Michel

rue Chanoine Brévier

12500 ESPALION

☎ 05.65.48.01.84

FICHE DE RENSEIGNEMENTS (Année scolaire 2021-2022)

ELEVE		CLASSE : _____
NOM : _____		
Prénoms : _____		Sexe : Masculin - Féminin
Date et lieu de naissance : _____ à _____		
Nationalité : _____		
<input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Cantine au ticket <input type="checkbox"/> Cantine sur facturation (demi pensionnaire)		
Choix du mode de paiement <input type="checkbox"/> A l'année <input type="checkbox"/> au trimestre <input type="checkbox"/> mensuellement (par prélèvement sur 10 mois)		
Utilise le transport scolaire : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Nom de la compagnie de transport : _____)		
PARENTS		
Situation : <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcé/séparé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf/veuve		
Nom et Prénom du responsable de l'élève : _____		
NOM et prénom du Père : _____		
Adresse : _____		
Profession : _____		
☎ domicile : _____ ☎ portable : _____ ☎ travail : _____		
<small>(Préciser si liste rouge)</small>		
IMPORTANT : dans la mesure du possible nous vous donnerons bon nombre d'informations par mail		
adresse mail : _____ @ _____		
NOM et prénom de la Mère : _____		
Adresse (si différente) : _____		
Profession : _____		
☎ domicile : _____ ☎ portable : _____ ☎ travail : _____		
<small>(Préciser si liste rouge)</small>		
IMPORTANT : dans la mesure du possible nous vous donnerons bon nombre d'informations par mail		
adresse mail : _____ @ _____		
Frères et sœurs :		
Nom :	_____	Prénom : _____ date naissance : _____
Nom :	_____	Prénom : _____ date naissance : _____
Nom :	_____	Prénom : _____ date naissance : _____

Vaccinations : fournir la photocopie des rappels obligatoires portés sur le carnet de santé.

En cas d'urgence, prévenir :

1- _____ Téléphone : _____

2- _____ Téléphone : _____

3- _____ Téléphone : _____

Nom du médecin traitant : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Lieu d'hospitalisation en cas d'urgence : _____

Contre-indications médicales éventuelles : _____

Traitement régulier contre : _____

Allergie : _____ Régime alimentaire : _____

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (cocher)

- Le père
- La mère
- Les grands parents.....Tél. :
- Les frères et sœurs
- Autres :

Signature du responsable légal,

**Pensez à signer!
Merci!**

DELEGATION DE POUVOIRS EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e) demeurant à l'adresse indiquée au dos, autorise le directeur de l'établissement scolaire ou, en son absence, l'enseignant ayant délégation, à prendre, en cas d'urgence, toutes décisions de transport, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale jugées indispensables par le médecin appelé, en raison de l'état de santé de mon enfant.

Cette autorisation vaut, en cas d'impossibilité, soit de me joindre (ou de joindre mon conjoint, ou dont le numéro de téléphone est indiqué au recto), soit d'obtenir l'avis de notre médecin de famille dont le nom est indiqué au dos.

Fait à le
*Signature du père, de la mère ou de la personne responsable de l'enfant**

**Pensez à signer!
Merci!**

AUTORISATION DE TRANSPORT

Je soussigné(e) autorise mon fils - ma fille à utiliser les moyens de transport nécessités pour les déplacements qui ont lieu dans le cadre des activités scolaire.

Fait à le
*Signature du père, de la mère ou de la personne responsable de l'enfant**

**Pensez à signer!
Merci!**