



44 rue Jean Moulin
28170 CHATEAUNEUF EN THYMERAI
02.37.51.06.48
ecole.ndch@orange.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire 2020/2021

ELEVE

NOM : Prénom : Sexe : M ☐ F ☐ Classe :

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

Adresse de résidence de l'enfant :

FAMILLE DE L'ENFANT/ NUMEROS D'URGENCE

Responsables légaux : il est important de renseigner les adresses des 2 responsables légaux pour la transmission des résultats scolaires.

	Père	Mère	Autre : nouveau conjoint(e)
NOM			
Prénom			
Nom de jeune fille			
Adresse			
Code Postal			
Ville			
Domicile			
Portable			
E-mail			
Profession			
Entreprise			
Travail			
Situation de famille	<input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> décédé	<input type="checkbox"/> mariée <input type="checkbox"/> séparée <input type="checkbox"/> divorcée <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuve <input type="checkbox"/> décédée	
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
En cas de placement chez un tiers (famille d'accueil)	Nom et prénom : : Adresse : Organisme : Personne référente :		

AUTRES ADULTES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE SI LES PARENTS SONT INJOIGNABLES

Nom et prénom : Qualité : (famille, voisin, nourrice) :

: Adresse :

Nom et prénom : Qualité : (famille, voisin, nourrice) :

: Adresse :

Nom et prénom : Qualité : (famille, voisin, nourrice) :

: Adresse :

FRERES ET SŒURS

NOM				
Prénom				
date de naissance				
Etablissement privé fréquenté				

AUTRE

L'enfant est-il baptisé ? : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez la date et le lieu :

FICHE D'URGENCE ***DOSSIER SANTE**

Date du dernier rappel du vaccin anti-tétanos : (Joindre une photocopie du carnet de santé)

N° de sécurité sociale : -

Médecin traitant : Ville : ☎ :

Régime alimentaire particulier:

Joindre le **PAI** (Projet d'Accueil Individualisé)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergie, asthme, pathologie connue, traitement en cours, précautions particulières à prendre, et/ou rituels religieux...) :

.....
.....
.....

.....
En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital seulement s'il est accompagné de sa famille.

Autorisation d'intervention chirurgicale

Nous, soussignés Monsieur et/ou Madame autorisons
l'anesthésie de notre fils / fille (Prénom et NOM) au cas où, victime d'un
accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il / elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

Fait à,

Signatures des parents

le/...../.....

* DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.
Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée.