FICHE FAMILLE

| O-M. Mme | lonsieur | O- Madame | O- Mademoiselle | |
|---|--|---------------------------|-----------------|-----------------|
| NOM: | PRE | NOM : | | |
| ADRESSE : | | | | |
| CODE POSTAL :VILLE : | | TELEPHONE : | | |
| E-MAIL : | | | | |
| NOMBRE D'ENFANTS : (Y compris le candidat) | | | | |
| <u>SITUATION DE FAMILLE</u> : | O - MARIE | O - DIVORCE | O - SEPARE | O - VEUF, VEUVE |
| O - P.A.C.S O - REMARIE | O - UNION LIBRE | O - CELIBATAIRE | | |
| | RESPONSABLE 1 | <u>PERE</u> | | |
| NOM: | | PRENOM : | | |
| PROFESSION: | | SOCIETE : | | |
| TELEPHONE travail: | | _ portable : | | |
| E-MAIL : | | | | |
| | RESPONSABLE 2 | <u>MERE</u> | | |
| NOM DE JEUNE FILLE: | | | | |
| NOM DE MARIAGE: | P | RENOM: | | |
| PROFESSION : | soc | CIETE : | | |
| TELEPHONE travail : | | portable : | | |
| E-MAIL : | | | | |
| | B. (* ********************************* | | | |
| NON | | R : (si autre responsable | | |
| NOM: | | | | |
| ADRESSE : | | | | |
| CODE POSTAL : | VILLE : | | TEL :_ | |

MODE DE REGLEMENT

O - CHEQUE (1 chèque par trimestre)

O - PRELEVEMENT (par mois)

| | | | ı | |
|---------------------|-------------------|------------------------|----------------------------|-----------------|
| | RE | NSEIGNEMENTS | ENFANT | |
| CLASSE DEMANDEE: | | | | |
| Redoublant : | O - OUI | O - NON | | |
| | | | | |
| NOM : | | PRENOM : | | РНОТО |
| Né le : | A | ARRONDISSEMENT | Γ DE NAISSSANCE | |
| A | DEP | ARTEMENT : | | |
| NATIONALITE: | 0 - FR | ANCAISE | O - AUTRI | |
| SEXE: | O - MA | ASCULIN | O - FEMIN | IN |
| | | VIE SCOLAII | <u>RE</u> | |
| | E | FABLISSEMENT EI | N COURS | |
| O - CRECHE | O - ECC | OLE CL | ASSE année 2024-2025: _ | |
| NOM DE L'ETABLISS | SEMENT: | | | |
| ADRESSE: | | | | |
| | | | | |
| TELEPHONE: | | | | |
| CODE POSTAL : | | VILLE : | | |
| DATE D'ORIGINE D'E | ENTREE A SAINT- | MATHIEU: | | |
| | <u>O</u> | RGANISATION SO | COLAIRE | |
| | (Bien lire le règ | lement intérieur et fi | inancier pour les parents) | |
| | | <u>REGIME</u> | | |
| | | gement pour le trime | - | |
| DEMI - PENSION | | epas /semaine | ū | ○ M - ○ J - ○ V |
| | O - Oce | casionnel | O - Externe | |
| ETUDE O -forfait pa | ar trimestre | | | |

O - occasionnel

SORTIES SCOLAIRES

Si l'enfant quitte l'établissement accompagné, Voici les personnes autorisées à venir le chercher :

| NOM, PRENOM: | | Tel : | |
|---|------------|------------|---|
| NOM, PRENOM: | | Tel : | |
| NOM, PRENOM: | | Tel : | |
| NOM, PRENOM: | | Tel : | |
| | | RELIGION | |
| O - CATHOLIQUE | O - A | AUTRE: | |
| BAPTISE O - Oui | O - Non | | |
| Date et lieu de Baptême : | O INDI | | |
| Butt et neu ue Bupteme. | | | |
| <u>CATECHESE SUIVIE</u> : | _ | _ | - |
| | O - OUI | O - NON | |
| O - A L'ECOLE | | | |
| O - EN PAROISSE ? | Laquelle : | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | SANTE | |
| | | SAME | |
| PROBLEMES MEDICAUX: | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| MEDECIN TRAITANT. | | TELEPHONE: | |
| MEDECIN INAITANT: | | TELETHONE. | • |
| AUTRES SUIVIS: | | | |
| Demande d'un P A I | | | |
| Demande d dil I II | | | |
| | | | |

DELEGATION DE POUVOIRS EN CAS D'URGENCE

| Je soussigné(e) |
|--|
| Autorise l'école SAINT-MATHIEU, |
| - à prendre, en cas d'urgence, toutes décisions de transports, d'hospitalisation ou d'interventions chirurgicales nécessitée par l 'état de santé de mon enfant en cas d'impossibilité : |
| *soit de me joindre (ou de joindre mon conjoint(e) ou tout autre membre de la famille). *soit d'obtenir l'avis de notre médecin de famille. |
| Fait àle |
| Signatures des parents : |