

**Fiche de renseignements rentrée :…………….**

**L'ENFANT**

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Sexe : [ ]  Féminin [ ]  Masculin

Nom de l'établissement fréquenté précédemment :

**Niveau scolaire lors de la rentrée dans l’école** :

 [ ] *Ecole maternelle Jean de la Fontaine* :

 [ ] petite section (1ère année) [ ] moyenne section (2ème année) [ ] grande section (3ème année)

[ ] *Ecole élémentaire Edouard Herriot* : [ ] CP [ ] CE1 [ ] CE2 [ ] CM1 [ ] CM2

**LA SANTÉ DE L’ENFANT**

Nom du médecin traitant :

**Allergie** alimentaire ou médicamenteuse :

Votre enfant fait-il l'objet de projet d'accueil individualisé (PAI) avec l'école [ ]  Oui [ ]  Non

Autres problèmes importants de santé que vous souhaitez signaler :

**LES RESPONSABLES LÉGAUX**

**1er responsable légal 2ème responsable légal**

Nom : Nom :

Prénom : Prénom :

Adresse : Adresse :

Code postal : Code postal :

Ville : Ville :

Email : Email :

Tél : Tél :

Profession : Profession :

Employeur : Employeur :

Tél professionnel : Tél professionnel :

**SITUATION DE LA FAMILLE**

[ ] Célibataire [ ] Séparé (e) [ ] Veuf(ve) [ ] Vie maritale [ ] PACS [ ] Marié(e) [ ] Divorcé(e)

**PERSONNES A CONTACTER EN DEHORS DES PARENTS EN CAS D’URGENCE OU HABILITÉES A REPRENDRE L’ENFANT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Noms et Prénoms** | **Téléphone** | **Qualités** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**AUTORISATIONS**

Je soussigné(e) : responsable légal.

**ACCEPTE QUE :**

[ ]  Le responsable prenne toutes les mesures, en cas d'urgence, y compris l'hospitalisation.

[ ]  Le responsable administre un traitement médical sur présentation d'une ordonnance **dans le cadre d'un PAI.**

Fait à …................................................................................ ,

le ….......................................................................................

**SIGNATURES** :

Père Mère Tuteur

