



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ENFANT

Nom de l'enfant:	Prénom de l'enfant:
Date de naissance :	Lieu de naissance (avec code postal) :
Nationalité :	Classe :
Etablissement scolaire précédent :	
Adresse :	
REGIME : Externe* - Demi Pensionnaire : lundi / mardi / jeudi / vendredi*	
MATERNELLE	PRIMAIRES
Garderie du matin (7h30-8h15): Oui - Non*	Garderie du matin (7h30-8h15): Oui - Non*
Garderie du soir (16h45-18h30): Oui - Non*	Garderie du soir (16h45-18h30): Oui - Non* Ou Etude (16h45-17h45): Oui - Non*
Entourez la mention utile	Garderie du soir (après l'étude à partir de 17h45): Oui - Non
Frères et sœurs dans l'école :	
Liste des personnes susceptibles de venir chercher l'enfant :	
En cas d'accident prévenir (préciser n° de tel professionnel, personnel, portable ...):	
Nom – Prénom :	Tél:
ou	
Nom – Prénom :	Tél:
ou	
Nom – Prénom :	Tél:
Nom, adresse et téléphone du médecin traitant:	
Lieu préféré d'hospitalisation en cas d'urgence:	
Liste des vaccinations (préciser les dates) ou fournir photocopie du carnet de vaccinations)	
Contre-indications médicales éventuelles (allergies, traitements en cours...):	
Votre enfant bénéficie t-il d'un PAI : Oui - Non*	



FICHE DE RENSEIGNEMENTS PARENTS

*En cas de séparation, la garde officielle est assurée par Le Père - La Mère - Garde conjointe**

Adresse ou est hébergé l'enfant:

M. Mme.	
N°	
Rue :	
Code Postal :	
Commune :	
Adresse mail :	
Téléphone domicile :	Téléphone Portable :
Profession mme :	Profession mr:
Employeur :	Employeur :
Téléphone professionnel :	Téléphone professionnel :

Adresse du 2° parent (en cas de séparation)

M. Mme.	
N°	
Rue :	
Code Postal :	
Commune :	
Adresse mail :	
Téléphone domicile :	Téléphone Portable :
Profession :	
Employeur :	
Téléphone professionnel :	

*** Joindre une photocopie du jugement.**

DELEGATION DE POUVOIRS EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e) (nom et prénom) :

représentant légal de :

scolarisé(e) à l'Ecole Sainte-Jule, autorise Madame, la directrice de l'école à prendre, en cas d'urgence, toutes décisions de transport, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale nécessitées par l'état de santé de mon enfant.

Cette autorisation vaut, en cas d'impossibilité, soit de me joindre (ou de joindre les personnes spécifiées dans la fiche de renseignement de mon enfant), soit d'obtenir l'avis de notre médecin traitant:

Fait à,

le,

Signature des deux parents de l'enfant.

Ecole Sainte Jule – 5, rue Saint-Antoine – 10000 TROYES.
Tél : 09 50 45 34 19 / Mail : ecolestejule@free.fr

MERE

PERE