



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Année Scolaire 2012/2013

Classe demandée : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Sexe :  Masculin  Féminin Régime :  1/2 pensionnaire  Externe

Naissance : Date : ..... Lieu : ..... Département : .....  
Pays ..... Nationalité : .....



Photo

**Situation de l'élève scolarisé pendant les trois années précédentes**

Année scolaire	Classe	Etablissement
2011/2012		
2010/2011		
2009/2010		

LVI étudiée : ----- LV2 (pour les 4<sup>ème</sup> / 3<sup>ème</sup>) -----

**Responsable légal**

Mr et Mme  Mme  
 Mr  Mlle

Nom : .....

**Situation familiale :**

Concubinage  Célibataire  
 Divorcé  Marié  
 Séparé  Veuf

En cas de divorce ou de séparation, l'enfant est-il en garde alternée ?  OUI  NON

**Type de responsabilité :**

Père et mère conjointement  
 Père seul  
 Mère seule  
 Tuteur  
 Autre cas .....

Votre enfant a-t-il des frères et sœurs ?  
 OUI  NON Combien : .....

**Père**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....  
Tél. Domicile : .....  
Tél. Portable : .....  
E-mail : .....  
Profession : .....  
Tél. Bureau : .....

**Mère**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....  
Tél. Domicile : .....  
Tél. Portable : .....  
E-mail : .....  
Profession : .....  
Tél. Bureau : .....

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS  
SERVICE MEDICO-SOCIAL**

Année Scolaire 2012/2013

CLASSE : .....

NOM .....

Prénom ..... Sexe : M / F

Date de naissance : ..... Lieu .....

Nationalité : .....

Régime : EXTERNE  DEMI-PENSIONNAIRE

Nom et Adresse de l'établissement d'où vient l'élève : .....

**PERE**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....  
Tél. Domicile : .....  
Tél. Portable : .....  
E-mail : .....  
Profession : .....  
Tél. Bureau : .....

**MERE**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....  
Tél. Domicile : .....  
Tél. Portable : .....  
E-mail : .....  
Profession : .....  
Tél. Bureau : .....

**EN CAS D'URGENCE, PREVENIR :** (préciser : PERE, MERE, TUTEUR, AMI, VOISIN...)

M..... N° Tél. Domicile : .....  
Adresse ..... N° Tél. Professionnel : .....  
..... N° Portable : .....

**Autorisation du responsable légal de l'élève en cas de maladie ou d'accident :**

**J'autorise le chef d'établissement** à prendre en cas d'urgence toutes décisions de transport, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale nécessitées par l'état de santé de mon enfant.

**Cette autorisation vaut, en cas d'impossibilité :**

1. Soit de me joindre (ou de joindre mon conjoint)
2. Soit d'obtenir l'avis de notre Médecin de famille habituel .....

Tél. : .....

Lu et approuvé, le responsable légal :

**➔ CI-JOINT PHOTOCOPIES DU CARNET DE VACCINATIONS**

**Indications relatives à la santé de l'enfant :**