

ECOLE MATERNELLE PUBLIQUE DE SAINT-PIERRE- EGLISE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ELEVE		
NOM	PRENOM	Date de naissance

RESPONSABLES LEGAUX

	NOM PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE et MAIL
Mère Père Tuteur <small>(rayer les mentions inutiles)</small>			Domicile : Portable : Travail : @.....
Mère Père Tuteur <small>(rayer les mentions inutiles)</small>			Domicile : Portable : Travail : @.....
Autre Responsable (personne qui a la charge effective de l'enfant)	Nom : Prénom : Lien avec l'enfant : Organisme :	ADRESSE	Domicile : Portable : Travail : @.....

Au cours de sa vie scolaire, votre enfant peut avoir besoin de soins médicaux d'urgence ou d'un transport dans un centre hospitalier.

Afin de pouvoir agir au mieux des intérêts de votre enfant, nous vous prions de bien vouloir répondre aux questions suivantes :

MEDECIN A PREVENIR	ADRESSE	TELEPHONE

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ? Oui Non

Si oui, lesquels?

COUVERTURE SOCIALE

N° de sécurité sociale :

Adresse de la caisse :

ECOLE MATERNELLE PUBLIQUE DE SAINT-PIERRE-EGLISE

NOM :
PRENOM :

PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE

Nom :
Prénom :
Lien avec l'enfant :
Tel domicile :
Tel portable :

- A appeler en cas d'urgence
 Autorisé à prendre l'enfant

Nom :
Prénom :
Lien avec l'enfant :
Tel domicile :
Tel portable :

- A appeler en cas d'urgence
 Autorisé à prendre l'enfant

Nom :
Prénom :
Lien avec l'enfant :
Tel domicile :
Tel portable :

- A appeler en cas d'urgence
 Autorisé à prendre l'enfant

Nom :
Prénom :
Lien avec l'enfant :
Tel domicile :
Tel portable :

- A appeler en cas d'urgence
 Autorisé à prendre l'enfant

Nom :
Prénom :
Lien avec l'enfant :
Tel domicile :
Tel portable :

- A appeler en cas d'urgence
 Autorisé à prendre l'enfant

Date :

Signature :