

Ecole Notre Dame du Sacré Coeur

3 rue de l'école

44670 La CHAPELLE GLAIN

☎ 02 40 55 58 79

FICHE DE RENSEIGNEMENTS – 2020/2021**ÉLÈVE****NOM:** **Prénom(s) :**..... **Sexe :** M F

Né(e) le : / / Lieu de naissance (commune et département) :

Nationalité :

Adresse :

Code postal : Commune :

RESPONSABLES LÉGAUX♦ Situation familiale: *Célibataire - Mariés - Veuf (ve) - Divorcé(e) - Concubin(e) - Pacsé(e)*♦ Exercice de l'autorité parentale: *en commun* *seule(e)*:.....
(Cas particuliers, fournir la décision de justice)**PERE****MERE**

Nom de jeune fille		
Nom (Nom marital)		
Prénom		
Adresse		
Profession		
Adresse employeur		
Téléphone domicile
Téléphone mobile
Téléphone Travail
Adresse - MAIL	
Adresse – MAIL (parents séparés)

FRERES ET SOEURS

NOM et Prénom	Date de naissance	Ecole fréquentée

Pour les nouveaux élèves:

Nom et adresse de l'ancienne école:

☛ **Nous nous engageons à ce que notre enfant soit scolarisé régulièrement.**Ayant pris connaissance des conditions financières liées à l'inscription de notre enfant, **nous nous engageons à acquitter la contribution des familles liées au fonctionnement de l'école.**

(prévue par l'article 15 du Décret 60.745 du 28 juillet 1960).

Date :

Signatures :

FICHE D'URGENCE – 2020/2021

Nom de l'élève :

Prénom:

Date de naissance :

Classe :

SANTE

En cas de problème de santé ou d'accident, les parents sont informés par l'école. En cas d'urgence, il sera fait appel au SAMU. Cet organisme décide en fonction de la gravité du cas, du transport vers le centre de soins le plus compétent. Les parents légalement responsables, sont tenus de prendre contact le plus rapidement possible avec l'hôpital vers lequel l'enfant aura été dirigé.

Renseignements d'ordre médical particuliers: (allergies, asthme, .)

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

Qui prévenir en cas d'accident ou de maladie?

La mère

Le père

PERE

MERE

	PERE	MERE
Nom de jeune fille		
Nom (Nom marital)		
Prénom		
Adresse		
Adresse employeur		
Téléphone domicile
Téléphone mobile
Téléphone Travail

Autres personnes susceptible de vous prévenir rapidement. (à renseigner obligatoirement)

NOM:

NOM:

Adresse:

Adresse:

Tél domicile:

Tél domicile:

Tél travail:

Tél travail:

Tél mobile:

Tél mobile:

Si votre enfant doit porter des lunettes, doit-il les porter en permanence, y compris pendant les récréations?

OUI

NON

Autorisation d'intervention chirurgicale

Nous soussigné, Monsieur et/ou Madame autorisons l'anesthésie de notre fils/fille au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A le signatures des parents

Assurance

N° et adresse du centre de Sécurité sociale :

N° et adresse de l'assurance scolaire :

