

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : \_\_\_\_\_ Niveau : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

#### ÉLÈVE

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

Prénom(s) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

#### RESPONSABLES

**Mère/Père/Tuteur** (rayer les mentions inutiles) Nom de famille : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : \_\_\_\_ (se référer à la liste jointe pour déterminer le code correspondant à votre situation)

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves  oui  non

**Mère/Père/Tuteur** (rayer les mentions inutiles) Nom de famille : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : \_\_\_\_ (se référer à la liste jointe pour déterminer le code correspondant à votre situation)

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves  oui  non

**Autre responsable** (personne qui a la charge effective de l'enfant)

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Frère/Sœur/Grand-père/Grand-mère/Oncle/Tante/Autres (à préciser) ou personne morale

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Organisme : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves  oui  non

Nous ne souhaitons pas que notre enfant soit photographié(e) ou filmé(e) pendant les activités scolaires

#### SERVICES PÉRISCOLAIRES

Restaurant scolaire : Oui  Non  Garderie matin : Oui  Non

Études surveillées : Oui  Non  Garderie soir : Oui  Non

Transport scolaire : Oui  Non

## Liste des professions et des catégories socio-professionnelles

Code(*)	Libellé
11	Agriculteurs sur petite exploitation
12	Agriculteurs sur moyenne exploitation
13	Agriculteurs sur grande exploitation
21	Artisans
22	Commerçants et assimilés
23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
31	Professions libérales
33	Cadres de la fonction publique
34	Professeurs, professions scientifiques
35	Professions de l'information, des arts et des spectacles
37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise
38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
42	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés
43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social
44	Clergé, religieux
45	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
46	Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
47	Techniciens
48	Contremaîtres, agents de maîtrise
52	Employés civils et agents de service de la fonction publique
53	Policiers et militaires
54	Employés administratifs d'entreprise
55	Employés de commerce
56	Personnels des services directs aux particuliers
62	Ouvriers qualifiés de type industriel
63	Ouvriers qualifiés de type artisanal
64	Chauffeurs
65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
67	Ouvriers non qualifiés de type industriel
68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
69	Ouvriers agricoles
71	Anciens agriculteurs exploitants
72	Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
74	Anciens cadres
75	Anciennes professions intermédiaires
77	Anciens employés
78	Anciens ouvriers
81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
83	Militaires du contingent
84	Elèves, étudiants
85	Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)
86	Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)
99	Non renseignée (inconnue ou sans objet)

(\*) Code de la profession ou de la catégorie socio-professionnelle à reporter dans la fiche de renseignements

Turner S.V.P.

**FRÈRES ET SŒURS (DU PLUS AGÉ AU PLUS JEUNE)**

- 1) .....NE(E) LE.....CLASSE.....
- 2) .....NE(E) LE.....CLASSE.....
- 3) .....NE(E) LE.....CLASSE.....
- 4) .....NE(E) LE.....CLASSE.....
- 5) .....NE(E) LE.....CLASSE.....

**PROBLÈMES DE SANTÉ PARTICULIERS**

.....

.....

.....

.....

.....

PROJET D'ACCUEIL PERSONNALISÉ (PAI) :    OUI    NON

**ASSURANCE DE L'ENFANT**

RESPONSABILITE CIVILE :    OUI    NON

ACCIDENT INDIVIDUEL :    OUI    NON

COMPAGNIE D'ASSURANCE : .....

NUMÉRO DE POLICE D'ASSURANCE : .....



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

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  À appeler en cas d'urgence  
Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  Autorisé à prendre l'enfant  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
Téléphone travail : \_\_\_\_\_

---

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  À appeler en cas d'urgence  
Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  Autorisé à prendre l'enfant  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
Téléphone travail : \_\_\_\_\_

---

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  À appeler en cas d'urgence  
Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  Autorisé à prendre l'enfant  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
Téléphone travail : \_\_\_\_\_

---

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  À appeler en cas d'urgence  
Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  Autorisé à prendre l'enfant  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
Téléphone travail : \_\_\_\_\_

---

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  À appeler en cas d'urgence  
Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  Autorisé à prendre l'enfant  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
Téléphone travail : \_\_\_\_\_

---

**Date :**

**Signature des représentants légaux :**

# Certificat de Vaccination

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

Certifie que l'enfant \_\_\_\_\_


Né le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Est à jour de ses vaccinations obligatoires.

Certificat établi à la demande de l'intéressé et remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit.

Fait le : \_\_\_\_\_ A : \_\_\_\_\_

Cachet

A rectangular box with a dotted border, intended for a stamp or seal.

Signature

A rectangular box with a dotted border, intended for a signature.

