

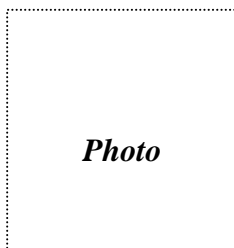
**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Année Scolaire 2018/2019

Classe demandée :

NOM :

Prénom :

Sexe : Masculin Féminin Régime : 1/2 pensionnaire ExterneNaissance : Date : Lieu : Département :
Pays : Nationalité :**Situation de l'élève scolarisé pendant les trois années précédentes**

Année scolaire	Classe	Etablissement
2017/2018		
2016/2017		
2015/2016		

Responsable légal Mr et Mme Mme
 Mr Mlle

Nom :

Situation familiale : Concubinage Célibataire
 Divorcé Marié
 Séparé VeufEn 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 casVotre enfant a-t-il des frères et sœurs ?
 OUI NON Combien :
Et combien à St Germain de Charonne :**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 :**Des informations vous sont communiquées par voie électronique
merci de bien renseigner un email****FICHE DE RENSEIGNEMENTS
SERVICE MEDICO-SOCIAL**Année Scolaire
2018/2019

CLASSE :

NOM

Prénom Sexe : M / F

Date de naissance : Lieu

Arrondissement à préciser pour Paris

Nationalité :

Régime : EXTERNE DEMI-PENSIONNAIRE

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

PERENom :
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 DE LA PAGE DE VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE**Indications relatives à la santé de l'enfant :**

--