



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année Scolaire 2018/2019

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 |
|----------------|--------|---------------|
| 2017/2018 | | |
| 2016/2017 | | |
| 2015/2016 | | |

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 :
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 :

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 DE LA PAGE DE VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE

Indications relatives à la santé de l'enfant :