RENSEIGNEMENTS ÉLÈVES-RENTRÉE 18-19 – À remplir à lettres majuscules d'imprimerie.

Classe en 17-18: …….. *École en 17-18* : ……..... **Classe en 18-19** : …...
Nom de l'enfant : …… **Prénom :**..…….. **Sexe : M / F**

Né(e) le: …… **Lieu de naissance:** …… **Département de naissance:** ……

Nationalité:…… **<u>Étude</u> : oui ☐ non ☐ - <u>Cantine</u> : oui ☐ non ☐ - <u>NAP</u> : oui ☐ non ☐**

Adresse de l'enfant : …….....
…….....

Renseignements particuliers : ……..
……..

➢ **<u>Le Père</u> : Nom :** …… **Prénom :** ……..

↳ **Autorité parentale ☐ oui ☐ non**

Profession : ……

Adresse : ……

Code postal : …… **Ville :** ……..

Téléphone : fixe : …… ***Portable :*** ……

Travail : ……..

Adresse mail : …… ***N° SS :*** ……

➢ **<u>La Mère</u> : Nom de jeune fille :** ……**Prénom :** ……....

↳ **Autorité parentale ☐ oui ☐ non**

Nom d'usage :……..

Profession : ……

Adresse : ……

Code postal : …… **Ville :** ……..

Téléphone : fixe : …… ***Portable :*** ……

Travail : ……..

Adresse mail : …… ***N° SS :*** ……

☞ **Dans le cas où les parents ne sont pas joignables, personnes à prévenir :**

Nom : …….. **Prénom :** ……..

↳ ***Téléphone : fixe :*** …… ***Portable :*** ……..

Nom : ……. **Prénom :** ……..

↳ ***Téléphone : fixe :*** …… ***Portable :*** ……..

★ ***En cas d'accident grave, votre enfant sera dirigé(e) vers l'hôpital désigné par les pompiers et si on n'arrive pas à vous joindre, ce petit paragraphe est alors très important :***

➔ Je soussigné(e), ……., autorise le responsable de l'école à prendre toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : …… Signature :