



Ecole Ker Anna  
3, rue des Fontaines  
56880 PLOEREN  
☎ 02 97 40 05 02

✉ ecole-ker-anna@wanadoo.fr

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS FICHE D'URGENCE

Année scolaire 2018/2019

## ELEVE

NOM : ..... Prénom : ..... Sexe : M  F

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

Adresse de résidence de l'enfant :

.....  
.....

Email : .....

Classe et enseignant en 2017/2018 : .....

Classe et école en 2018/2019 : .....

## FAMILLE DE L'ENFANT / NUMEROS D'URGENCE

*Responsables légaux : il est important de renseigner les adresses des 2 responsables légaux pour la transmission des résultats scolaires et pour l'envoi des documents pour les élections des représentants de parents d'élèves. Parents séparés ou divorcés, fournir obligatoirement une photocopie de l'extrait de jugement (nouveaux élèves seulement)*

	Père		Mère		Autre : nouveau conjoint(e)	
NOM						
Prénom						
Nom de jeune fille						
Adresse						
Code Postal						
Ville						
☎ Domicile						
☎ Portable	06-		06-		06-	
Profession		code		code		code
Entreprise						
☎ Travail						
Situation de famille	<input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> décédé		<input type="checkbox"/> mariée <input type="checkbox"/> séparée <input type="checkbox"/> divorcée <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuve <input type="checkbox"/> décédée			
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
En cas de placement chez un tiers (famille d'accueil,...)	Nom et prénom : .....		☎ : .....		Adresse : .....	
	Organisme : .....		Personne référente : .....			

## AUTRES ADULTES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom et prénom : ..... Qualité : (famille, voisin, gardienne) : .....

☎ : ..... Adresse : .....

Nom et prénom : ..... Qualité : (famille, voisin, gardienne) : .....

☎ : ..... Adresse : .....

**FRERES ET SŒURS**

NOM					
Prénom					
Année de naissance					

**ASSURANCE** L'assurance est OBLIGATOIRE pour les dommages dont l'enfant serait l'auteur (responsabilité civile) et pour ceux qu'il pourrait subir (individuelle accident).

Responsabilité civile : Oui  Non  Individuelle Accident obligatoire : Oui  Non

Compagnie d'assurance de l'enfant: ..... N°police d'assurance : .....

**DOSSIER SANTE**

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par l'école. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Médecin traitant : ..... Ville : ..... ☎ : .....

Vaccinations (dernières dates) : BCG ..... DTP : .....

Si votre enfant souffre d'une maladie chronique (asthme, allergie ou intolérance alimentaire, épilepsie, mucoviscidose, etc.), **vous devez demander la rédaction d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) par le médecin scolaire, en accord avec le médecin traitant.** DEMANDE DE PAI : Oui  Non

Allergies : .....

Autres problèmes de santé : (asthme, etc.....) : .....

Port de lunettes : en permanence  en classe seulement

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

Garderie du matin	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/>
Garderie/Etude du soir	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/>
Restaurant scolaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/>
Transport scolaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Déplacement maison/école	seul <input type="checkbox"/> accompagné <input type="checkbox"/>
Autorisation photos	J'autorise l'utilisation des photos des activités scolaires où apparaît mon enfant (activités en classe, journal de l'école, site de l'école, presse, TV, photos de classe...) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

**PERSONNES AUTORISEES à récupérer votre enfant : sinon mot obligatoire**

Nom et prénom : ..... Qualité : (famille, voisin, gardienne) : .....

☎ : ..... Adresse : .....

Nom et prénom : ..... Qualité : (famille, voisin, gardienne) : .....

☎ : ..... Adresse : .....

**ASSOCIATIONS DE PARENTS D'ELEVES** (à remplir par les 2 parents en cas d'adresses différentes)

Père	J'autorise la communication de mon adresse personnelle aux associations de parents d'élèves. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Mère	J'autorise la communication de mon adresse personnelle aux associations de parents d'élèves. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Je m'engage à vous signaler tout changement, en cours d'année, modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date

Signature père

Signature mère