



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 2021/2022

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 2021/2022 :

Classe et école en 2020/2021 :

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)

	Parent 1	Parent 2	Autre : nouveau conjoint(e)
NOM			
Prénom			
Nom de jeune fille			
Adresse			
Code Postal			
Ville			
☎ Domicile			
☎ Portable	06- code	06- code	06- code
Profession			
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 avvertie 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/Étude 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)

Parent 1	J'autorise la communication de mon adresse personnelle aux associations de parents d'élèves. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Parent 2	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 parent 1

Signature parent 2