

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Classe fréquentée en 2020 – 2021 :

ELEVE

Nom de l'enfant..... Nom d'usage..... Sexe : M F

Prénoms

Date de naissance Lieu de naissance Département

Adresse : N° Rue

Code postal : Commune :

RESPONSABLES LEGAUX

	PERE	MERE	AUTRE REPRESENTANT LEGAL
Nom marital			
Nom de jeune fille			
Prénom			
Autorité parentale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Téléphone domicile			
Téléphone portable			
Téléphone travail et Poste			
Courriel			
Profession			
Adresse si différente de celle de l'enfant			

PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE à l'école ou à la descente du car

Nom					
Prénom					
Lien avec l'enfant					
A appeler en cas d'urgence	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autorisé à prendre l'enfant	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Adresse					
Téléphone domicile					
Téléphone portable					
Téléphone travail et Poste					

ASSURANCE DE L'ENFANT

Centre de Sécurité Sociale : N° de sécurité sociale :

Responsabilité civile : oui non Individuelle accident : oui non

Compagnie d'assurance : Numéro de police :

Renseignements particuliers (allergies, opérations, maladie, prise en charge spécifique, etc.....)
.....
.....

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

Groupe sanguin (s'il est connu)

Médecin traitant : Docteur..... Téléphone :

Adresse :

Code postal : Commune :

AUTORISATIONS

❖ **DROIT A L'IMAGE ET ASSOCIATIONS DE PARENTS D'ELEVES** (ne cocher qu'en cas de refus)

Mère : Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires et/ou périscolaires.

Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.

Père : Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires et/ou périscolaires.

Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.

❖ **DECHARGE PARENTALE**

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie. Nous autorisons l'école élémentaire et la Communauté de Communes de la Moivre à la Coole à faire appel au service de secours d'urgence si besoin est.

Nous nous engageons à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date :/...../2020

Signature du père (ou du représentant légal) **de la mère**

Les données renseignées sur cette fiche seront prises en compte par le directeur de l'école dans le logiciel de l'Education Nationale, « base élèves 1^{er} degré ». La Communauté de Communes est également destinataire de ces données, dans le cadre de ses compétences légales en matière d'inscription scolaire et de l'obligation scolaire.

Le droit d'accès et de rectification des personnes aux données les concernant s'exerce auprès du directeur de l'école, de l'IEC de circonscription ou de l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale dans les conditions définies par les articles 39 et 40 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004.