



**ELEVE**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Régime : Demi-pensionnaire  Externe

Suivi orthophonique : Nom du médecin..... date de prise en charge : .....

Suivi psychologique : Nom du médecin..... date de prise en charge : .....

Autre suivi : .....

**RESPONSABLES LEGAUX : PERE ET MERE**

Monsieur et/ou Madame \_\_\_\_\_ (nom et prénom)

Adresse des parents : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone fixe : \_\_\_\_\_ portable du père : 06 \_\_\_\_\_

portable de la mère : 06 \_\_\_\_\_

Adresse mail de la maison : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Autre personne à contacter si vous êtes injoignables : nom : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

**SI PARENTS SEPARES OU DIVORCES**

Votre enfant vit pendant les jours de classe :  Chez son père  Chez sa mère

Y a t-il une garde alternée ?  OUI  NON

**Chez son père** : M. \_\_\_\_\_ adresse : \_\_\_\_\_

Adresse mail du papa : \_\_\_\_\_

Jour(s) de la semaine ou numéro des semaines : \_\_\_\_\_

**Chez sa mère** : Mme \_\_\_\_\_ adresse : \_\_\_\_\_

Jour(s) de la semaine ou numéro des semaines : \_\_\_\_\_

Adresse mail de la maman : \_\_\_\_\_

<b>PROFESSION DES PARENTS</b>	<b>PERE</b>	<b>MERE</b>
Profession		
Employeur <b>(nom, adresse, téléphone)</b>		

**FRERES ET SCEURS DE L'ELEVE**

<b>Nom et Prénom</b>	<b>date de naissance</b>	<b>classe + établissement ou emploi</b>



**Nom :** ..... **Prénom :** ..... **Classe :** .....

**Date de naissance :** .....

Nom et adresse des parents ou du responsable légal : .....  
.....

N° et adresse du centre de sécurité sociale : /.../.../.../.../.../.../.../

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

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 par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

**AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame ..... Autorisons tous soins, y compris l'anesthésie de notre fils/fille ..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A ....., le .....  
Signature des parents :

➤ Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : ..... (Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

➤ Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre) :

.....  
.....

➤ NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

**L'école ne peut administrer aucun médicament,  
sauf en cas de traitement de longue durée validée par le Médecin Scolaire.**

**Dans ce cas, il est indispensable de prendre rapidement contact avec la directrice pour établir un protocole (P.A.I), la 1<sup>ère</sup> quinzaine de septembre.**



**AUX FAMILLES DONT LES  
PARENTS SONT SÉPARÉS OU  
DIVORCÉS**

Si un parent détient seul l'autorité parentale, il lui appartient de nous justifier de cette situation exceptionnelle.

Selon la loi, « le parent qui n'exerce pas l'autorité parentale dispose du droit de surveiller l'entretien et l'éducation de son enfant. Seule une décision du juge aux Affaires Familiales peut faire obstacle à ce droit de surveillance ».

**ELEVE :** NOM : .....PRENOM :.....

**CLASSE :**.....

**1 - L'autorité parentale est donnée :**

à la mère  au père  au père et à la mère alternativement  autre.....

**Coordonnées de la mère :**

NOM - PRENOM : .....

ADRESSE : .....

☎ domicile : ..... Portable : .....

**Coordonnées du père :**

NOM - PRENOM : .....

ADRESSE : .....

☎ domicile : ..... Portable : .....

MERCI DE JOINDRE UNE COPIE DU JUGEMENT DES AFFAIRES FAMILIALES.

Le