



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 : _____

PROFESSION DES PARENTS	PERE	MERE
Profession		
Employeur (nom, adresse, téléphone)		

FRERES ET SCEURS DE L'ELEVE

Nom et Prénom	date de naissance	classe + établissement ou emploi



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^{ère} quinzaine de septembre.



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