

Académie de Dijon / Cote d'Or Circonscription Dijon Sud	Ecole élémentaire de Saulon la Rue 12 A, rue des Chêneteaux 21910 Saulon La Rue	03 80 36 91 13
--	---	----------------

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS DE L'ÉLEVE

**IMPORTANT** : tout changement (situation familiale, adresse, n° de téléphone, santé...) devra être signalé le plus rapidement possible.

### L'ÉLEVE

**Nom** : ..... **Prénom** : ..... **Sexe** : M  F

**Né(e) le** : ...../...../..... à ..... (Commune et département)

**Nationalité** : ..... année d'arrivée en France : .....

**Adresse principale de l'enfant** : .....

**Code postal** : ..... **Commune** : .....

**Frères et sœurs dans l'école** ( nom(s), prénom(s), date(s) de naissance) : .....

.....

.....

.....

### RESPONSABLES LEGAUX

→ pour les parents divorcés, prière de remettre la photocopie du jugement quant à la garde de l'enfant.

**MÈRE DE L'ENFANT** : **Nom de jeune fille** : ..... **Prénom** : .....

**Nom marital** (nom d'usage) : ..... **Autorité parentale** : oui  non

Situation familiale : .....

Adresse (si différente de celle de l'enfant): .....

Code postal : ..... Commune: .....

Téléphone(s) : domicile : ...../...../...../...../..... portable:...../...../...../...../.....

**Adresse mail** : .....@.....

Profession : .....Lieu de travail : ..... Téléphone travail: ..... /...../...../..... /.....

**PÈRE DE L'ENFANT** : **Nom** : ..... **Prénom** : .....

Situation familiale : ..... **Autorité parentale** : oui  non

Adresse (si différente de celle de l'enfant): .....

Code postal : ..... Commune: .....

Téléphone(s) : domicile : ...../...../...../...../..... portable:...../...../...../...../.....

**Adresse mail** : .....@.....

Profession : .....Lieu de travail : ..... Téléphone travail: ..... /...../...../..... /.....

**AUTRE RESPONSABLE LEGAL** ( personne physique ou morale) : **Autorité parentale** : oui  non

**Nom, prénom/organisme** : ..... **Lien avec l'enfant** : .....

Adresse (si différente de celle de l'enfant): .....

Code postal : ..... Commune: .....

Téléphone(s) : domicile : ...../...../...../...../..... portable:...../...../...../...../.....

Adresse mail : .....@.....

Profession : .....Lieu de travail : ..... Téléphone travail: ..... /...../...../..... /.....

**Responsables légaux** : il est important de renseigner le document concernant les deux responsables légaux pour :

- la transmission des résultats scolaires (circulaire n°94-149 du 13/04/1994)
- les élections des représentants des parents d'élèves : chaque parent est désormais électeur et éligible (note de service n°2004-104 du 25/06/2004)

**ASSURANCE DE L'ENFANT**Responsabilité civile : : **oui**  **non** Individuelle accident : : **oui**  **non** 

Compagnie d'assurance : ..... Numéro de police d'assurance : .....

**JOINDRE IMPERATIVEMENT UNE ATTESTATION D'ASSURANCE (A LA RENTREE)****PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE (AUTRES QUE LES PARENTS DISPOSANT DE L'AUTORITE PARENTALE)****Merci d'indiquer uniquement des personnes VEHICULEES et pouvant se rendre RAPIDEMENT à l'école.****Nom, prénom :** ..... **Lien avec l'enfant :** .....

Adresse:.....

Code postal : .....Commune:.....

Téléphone(s) : domicile : ...../...../...../..... portable:...../...../...../...../..... travail: ..... /...../...../..... /.....

**Nom, prénom :** ..... **Lien avec l'enfant :** .....

Adresse:.....

Code postal : .....Commune:.....

Téléphone(s) : domicile : ...../...../...../..... portable:...../...../...../...../..... travail: ..... /...../...../..... /.....

**AUTORISATION****► En cas d'urgence**, un élève accidenté ou malade est transporté par les services des secours d'urgence vers **l'hôpital**, le mieux adapté. Les responsables légaux seront immédiatement informés.**► Autorisation d'intervention chirurgicale :**

Nous, soussignés, Monsieur et/ou Madame ..... autorisons l'anesthésie de notre enfant..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aigüe à évolution rapide (survenant à l'école ou durant les activités scolaires qui se déroulent hors de l'école), il aurait à subir une intervention chirurgicale.

A .....le..... **Signature** des parents :**► Problèmes de santé** (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre... remarques...)**LUNETTES**Si votre enfant porte des lunettes, il doit les porter : **en permanence**  **en classe uniquement** **SUIVI EXTERIEUR***Si votre enfant bénéficie d'un **suivi extérieur** (CMPP, orthophonie, psychologue, psychomotricité, .... )merci de bien vouloir nous communiquer les informations sur papier libre, dans une enveloppe cachetée ou bien par l'intermédiaire du cahier de liaison lors de la rentrée scolaire.***AUTRES INFORMATIONS UTILES****AUTORISATIONS (à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes)****Mère :**  Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves. (Ne cocher qu'en cas de refus)**Père :**  Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves. (Ne cocher qu'en cas de refus)**Je m'engage à vous signaler, par écrit, tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.****Date :** **Signature(s) :**

Les données renseignées sur cette fiche seront prises en compte par le directeur d'école dans le logiciel de l'Education Nationale, « Base Elèves 1<sup>er</sup> Degré ». Le maire de la commune est également destinataire de ces données, dans le cadre de ses compétences légales en matière d'inscription scolaire et de contrôle de l'obligation scolaire. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004, le droit d'accès et de rectification ou suppression des données s'exerce auprès du directeur d'école, de l'IEN de circonscription ou de l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale.