

FICHE DE RENSEIGNEMENTS	Ecole élémentaire publique Emile Bourgeois, au fil des mots 195, route de Chazay 69380 LOZANNE Tél/ rép : 04-78-43-73-89 ✉ Ce.0691394r@ac-lyon.fr Blog : http://ecole-ebourgeois-lozanne.blog.ac-lyon.fr
--------------------------------	--

Année scolaire : 2023/2024

Niveau :

Classe :

ÉLÈVE	
Nom de famille :	Sexe : F · M <input type="checkbox"/>
Nom d'usage :	
Prénom(s) :	
Né(e) le :/...../.....	Lieu de naissance (commune et département) :

REPRÉSENTANTS LÉGAUX	
Mère : <input type="checkbox"/>	Père : <input type="checkbox"/>
Tuteur : <input type="checkbox"/>	
Nom de famille :	Prénom :
Nom d'usage :	
Catégorie socio-professionnelle (code) : <i>(pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste)</i>	
Profession :	
Adresse :	
Code postal :	Commune :
L'élève habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Tél mobile :	Tél domicile : Tél travail :
Courriel :	
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Mère : <input type="checkbox"/>	Père : <input type="checkbox"/>
Tuteur : <input type="checkbox"/>	
Nom de famille :	Prénom :
Nom d'usage :	
Catégorie socio-professionnelle (code) : <i>(pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste)</i>	
Profession :	
Adresse :	
Code postal :	Commune :
L'élève habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Tél mobile :	Tél domicile : Tél travail :
Courriel :	
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Tiers délégataire (personne physique ou morale)	Lien avec l'élève (*) :
<small>Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales</small>	

Nom de famille :	Prénom :
Nom d'usage :	Organisme :
Catégorie socio-professionnelle (code) : <i>(pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste)</i>	
Profession :	
Adresse :	
Code postal :	Commune :
L'élève habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Tél mobile :	Tél domicile : Tél travail :
Courriel :	
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

(*) Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Éducateur/Assistant familial/Garde d'enfant/Autre lien (à préciser) ou Aide Sociale à l'Enfance (pour responsable moral)

Nous acceptons que notre enfant soit photographié(e) ou filmé(e) pendant les activités scolaires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
---	---

AUTRES RESPONSABLES qui ont la charge effective de l'élève (personne physique ou morale)	
<small>Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales</small>	
Lien avec l'élève (*) :	
Nom de famille :	Prénom :
Nom d'usage :	Organisme :
Catégorie socio-professionnelle (code) : <i>(pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste)</i>	
Profession :	
Adresse :	
Code postal :	Commune :
L'élève habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Tél mobile :	Tél domicile : Tél travail :
Courriel :	

AUTRES ENFANTS		
Nom, prénom :	Né(e) le :	Classe :

PERSONNES A CONTACTER (si différentes des personnes déjà indiquées)

Lien avec l'élève (*) :			A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>			Autorisé(e) à venir chercher l'élève : <input type="checkbox"/>		
Nom de famille :			Nom d'usage :			Prénom :		
Tél mobile :			Tél domicile :			Tél travail :		
Lien avec l'élève (*) :			A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>			Autorisé(e) à venir chercher l'élève : <input type="checkbox"/>		
Nom de famille :			Nom d'usage :			Prénom :		
Tél mobile :			Tél domicile :			Tél travail :		
Lien avec l'élève (*) :			A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>			Autorisé(e) à venir chercher l'élève : <input type="checkbox"/>		
Nom de famille :			Nom d'usage :			Prénom :		
Tél mobile :			Tél domicile :			Tél travail :		
Lien avec l'élève (*) :			A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>			Autorisé(e) à venir chercher l'élève : <input type="checkbox"/>		
Nom de famille :			Nom d'usage :			Prénom :		
Tél mobile :			Tél domicile :			Tél travail :		
Lien avec l'élève (*) :			A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>			Autorisé(e) à venir chercher l'élève : <input type="checkbox"/>		
Nom de famille :			Nom d'usage :			Prénom :		
Tél mobile :			Tél domicile :			Tél travail :		

(*) Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Éducateur/Assistant familial/Garde d'enfant/Autre lien (à préciser) ou Aide Sociale à l'Enfance (pour responsable moral)

SERVICES PERISCOLAIRES

Restaurant scolaire :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Garderie du matin :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Études surveillées :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Garderie du soir :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Transport scolaire :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			

ASSURANCE DE L'ÉLÈVE

Responsabilité civile : :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Individuelle accident :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------	------------------------------	------------------------------

Merci de fournir une attestation d'assurance comportant la mention « Individuelle accident » dès la rentrée

SANTÉ

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

Date de la dernière vaccination D.T. POLIO :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières, asthme, etc....)

Projet d'accueil individualisé (PAI) à renouveler : Oui Non

Si votre enfant présente un problème de santé nécessitant des mesures particulières dans le cadre scolaire, un projet d'accueil individualisé pourra être mis en place. Il vous appartient d'en faire la demande auprès de la directrice d'école dès la rentrée.

Port de lunettes : Oui Non - Circonstances :

Suivis extérieurs antérieurs ou actuels : (orthophoniste/ ergothérapeute, ...)

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.

Je m'engage à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche en particulier les numéros de téléphones portables.

J'autorise les enseignants et la directrice à faire pratiquer en cas d'urgence, et sur avis médical les soins ou interventions dont aurait besoin mon enfant.

Le / /

Responsable 1 :

Responsable 2 :

Signatures précédées de « Lu et approuvé »