

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

**Année scolaire : 2025/2026**

**Niveau : .....**

**Classe : .....**

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

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

|   |   |
|---|---|
| <b>Mère :</b> <input type="checkbox"/>  | <b>Père :</b> <input type="checkbox"/>        |
| <b>Tuteur :</b> <input type="checkbox"/>  |   |
| <b>Nom de famille :</b> .....   | <b>Prénom :</b> .....                         |
| 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 : .....                               |
| <b>L'élève habite à cette adresse :</b> <b>Oui <input type="checkbox"/></b> <b>Non <input type="checkbox"/></b>   |   |
| Tél mobile : .....  | Tél domicile : .....      Tél travail : ..... |
| Courriel : .....@.....  |   |
| J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves <b>Oui <input type="checkbox"/></b> <b>Non <input type="checkbox"/></b> |   |

|   |   |
|---|---|
| <b>Tiers délégataire</b> (personne physique ou morale)  | <b>Lien avec l'élève (*) :</b> .....          |
| <small>Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales</small>   |   |
| <b>Nom de famille :</b> .....   | <b>Prénom :</b> .....                         |
| Nom d'usage : .....   | <b>Organisme :</b> .....                      |
| Catégorie socio-professionnelle (code) : ..... <i>(pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste)</i>  |   |
| Profession : .....  |   |
| Adresse : .....   |   |
| Code postal : .....   | Commune : .....                               |
| <b>L'élève habite à cette adresse :</b> <b>Oui <input type="checkbox"/></b> <b>Non <input type="checkbox"/></b>   |   |
| Tél mobile : .....  | Tél domicile : .....      Tél travail : ..... |
| Courriel : .....  |   |
| J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves <b>Oui <input type="checkbox"/></b> <b>Non <input type="checkbox"/></b> |   |

**(\*)** 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)

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

| 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>  |   |
| <b>Lien avec l'élève (*) :</b> .....   |   |
| <b>Nom de famille :</b> .....  | <b>Prénom :</b> .....                         |
| Nom d'usage : .....  | <b>Organisme :</b> .....                      |
| Catégorie socio-professionnelle (code) : ..... <i>(pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste)</i> |   |
| Profession : .....   |   |
| Adresse : .....  |   |
| Code postal : .....  | Commune : .....                               |
| <b>L'élève habite à cette adresse :</b> <b>Oui <input type="checkbox"/></b> <b>Non <input type="checkbox"/></b>                |   |
| 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 

Nom de famille : ..... Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Tél mobile : ..... Tél domicile : ..... Tél travail : .....

Lien avec l'élève (\*) : .....

A contacter en cas d'urgence 

Nom de famille : ..... Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Tél mobile : ..... Tél domicile : ..... Tél travail : .....

Lien avec l'élève (\*) : .....

A contacter en cas d'urgence 

Nom de famille : ..... Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Tél mobile : ..... Tél domicile : ..... Tél travail : .....

Lien avec l'élève (\*) : .....

A contacter en cas d'urgence 

Nom de famille : ..... Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Tél mobile : ..... Tél domicile : ..... Tél travail : .....

Lien avec l'élève (\*) : .....

A contacter en cas d'urgence 

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  Non  Garderie du matin : Oui  Non Garderie du soir : Oui  Non **ASSURANCE DE L'ÉLÈVE**Responsabilité civile : : Oui  Non  Individuelle accident : Oui  Non 

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

**SANTÉ**

Nom, adresse du médecin traitant :

.....

.....

Date de la dernière vaccination Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP), Coqueluche, Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B, Hépatite B Infections invasives à pneumocoque, Méningocoque de séro groupe C, Rougeole, oreillons et rubéole

.....

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 »