

FICHE DE RENSEIGNEMENTS  
ANNEE SCOLAIRE 2020/2021**ELEVE**

Classe : \_\_\_\_\_

NOM \_\_\_\_\_

PRENOM \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Régime Sécurité sociale n° \_\_\_\_\_ M.S.A. n° \_\_\_\_\_

Autre / Nom et N° \_\_\_\_\_

Né (e) le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Nom Prénom du responsable légal \_\_\_\_\_

**Nom Prénom du Père** \_\_\_\_\_

Adresse (si différente de l'enfant) \_\_\_\_\_

N° de téléphone fixe \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

Profession et lieu de travail \_\_\_\_\_

Adresse Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Nom Prénom de la Mère** \_\_\_\_\_

Adresse (si différente de l'enfant) \_\_\_\_\_

N° de téléphone fixe \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

Profession et lieu de travail \_\_\_\_\_

Adresse Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Personne à prévenir rapidement** \_\_\_\_\_

N° de téléphone fixe \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assurance scolaire : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ agissant en tant que responsable légal de l'enfant dénommé ci-dessus certifie être informé qu'en cas d'urgence (élève accidenté ou malade) le personnel fera le nécessaire pour m'avertir le plus rapidement possible et pourra être amené à faire appel à un service médical et/ou de secours qui pourra décider de la nécessité d'une hospitalisation.

**JOINDRE COPIE PAGES VACCINS DU CARNET DE SANTE  
COPIE LIVRET DE FAMILLE, ATTESTATION D'ASSURANCE  
(Avis de non-imposition uniquement habitants d'Ambleny)**

**Observations**

Précautions particulières/ Problèmes de santé  
Allergies, asthme, traitements ....

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Le  
Signature