

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ELEVE	
NOM :	Sexe : M F
Prénoms :	
Né(e) le :	Lieu de naissance :

RESPONSABLES LEGAUX		
Mère	Autorité parentale : OUI NON	
NOM :	Prénom :	Date de naissance :
Adresse :		
Code postal :	Commune :	
Téléphones :/...../...../..... ou/...../...../.....		
Profession :	Téléphone travail :	

RESPONSABLES LEGAUX		
Père	Autorité parentale : OUI NON	
NOM :	Prénom :	Date de naissance :
Adresse :		
Code postal :	Commune :	
Téléphones :/...../...../..... ou/...../...../.....		
Profession :	Téléphone travail :	

PERSONNE A APPELER EN CAS D'URGENCE	
NOM :	Prénom :
Lien avec l'enfant :	
Adresse :	
Code postal :	Commune :
Téléphones :/...../...../..... ou/...../...../.....	
Cantine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Régime alimentaire :	

TRAITEMENT/ALLERGIES/MALADIE		
Traitement éventuel :	Allergies :	Maladie/Asthme :

PRISE EN CHARGE (SOINS)			
Lieux :	Type de suivi (orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, psychologue, éducateur...)	Nom du soignant :	Jours et horaires des prises en charge :

Nous nous engageons à vous signaler tout changement modifiant les données mentionnées sur cette fiche.

Date :

Signature :