|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ecole Sainte Jeanne d’Arc  44 rue du Bourg  Tel : 03 20 50 24 81  contact@ecolejdarcaubers.fr | **FICHE de RENSEIGNEMENTS**  **Année 2025 / 2026** | | | | Classe :………………… |
| **L’ENFANT :**  Nom :……………………………….  Prénom :…………………………………. | | Nationalité……………………………  Date de naissance :………………….  Lieu de naissance……………………. | | Sexe :…………………………………………  Groupe sanguin :………………………….. | |
| **JOINDRE LA COPIE DU CARNET DE VACCINATION. A CHAQUE MODIFICATION MERCI DE FOURNIR UNE NOUVELLE COPIE.** | | | | | |
| Maladie (diabète, asthme, allergies…)  :……………………………………………………….…………….………………………………………… | | | | | |
| Traitement régulier  :…………………………………..…………………………….. A-t-il besoin d’un PAI ? oui non | | | | | |
| L’enfant porte-t-il des lunettes ? oui non Doit-il les porter uniquement en classe ? oui non | | | | | |
| L’enfant a-t-il des frères et sœurs ?   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Nom Prénom | Date de naissance | Ecole fréquentée | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | | | | | |
| **LA FAMILLE DE L’ENFANT :** | | | | | |
| Père :  NOM :…………………………………………………………………………….  Prénom :………………………………………………………………………..  Adresse : ……………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………  Tel. Personnel :………………………………………………………….  Tel. Portable :…………………………………………………………………  Tel. Bureau :…………………………………………………………………..  Profession :……………………………………………………………………  Mail :……………………………………………………………………………..  Situation familiale :……………………………………………………… | | | Mère :  NOM :………………………………………………………………………  Prénom :………………………………………………………………  Adresse (si différente du père) :……………………………….  …………………………………………………………………………………  Tel. Personnel (si différent du père):………………………….  Tel. Portable :…………………………………………………………  Tel. Bureau :…………………………………………………………..  Profession :……………………………………………………………  Mail :………………………………………………………………………  Situation familiale :…………………………………………………… | | |
| Responsable payeur : père mère tuteur  **Pour les parents divorcés, prière de remettre la photocopie du jugement du divorce quant à la garde de l’enfant.** | | | Autre responsable légal :  Organisme :…………………..………………..………………………  Fonction :……………………………………………………………………  Lien avec l’enfant :…………………………………………………  Adresse : …………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………….  Tel. Personnel :………………………………………………………….  Tel. Portable :…………………………………………………………  Mail :……………………………………………………………………… | | |
| **EN CAS D’URGENCE :**  Nom et le n° de téléphone d’une personne susceptible de vous prévenir rapidement en cas d’urgence.  Nom et Prénom :…………………………………………………………………………………… Tel :………………………………………………………  Nom et Prénom :…………………………………………………………………………………… Tel :……………………………………………………… | | | | | |
| N° de sécurité sociale couvrant l’enfant : …………………………………………………………………………………………………………….  Adresse du centre de sécurité sociale :…………………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | |
| *En cas d’urgence, un élève accidenté ou malade sera orienté et transporté par les services de secours d’urgence vers l’hôpital le mieux adapté. La famille sera immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne pourra sortir de l’hôpital qu’accompagné de sa famille.*  Nous, soussignés, Monsieur et Madame………………………………………………………….. autorisons les enseignants de l’école Sainte Jeanne d’Arc à Aubers, à prendre en cas d’urgence toutes décisions de transport, d’hospitalisation ou d’intervention chirurgicale nécessitées par l’état de santé de mon enfant……………………………………………………….  Fait à …………………………………., le…………………………………  Signatures du père et de la mère ou du représentant légal : | | | | | |