Ecole maternelle de La Tour d’Auvergne Année scolaire 2024-2025

10 rue de Légnano

92700 COLOMBES

 **PHOTOGRAPHIE**

 : 01.56.47.19.80

 : 0920642y@ac-versailles.fr

Site : [http://www.mat-tourdauvergne-colombes.ac-versailles.fr](http://www.mat-tourdauvergne-colombes.ac-versailles.fr/)

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Classe :……………………………………. Enseignant : ……………………………….……………………….…..

ELEVE

Nom : ………………………………………….. Prénom(s) :…………………………...…………………………………..

Sexe :  M F

Né(e) le : ……/……/……. Lieu de naissance : ………………………………………………………

Nationalité : …………………………………… Année d’arrivée en France : ……………………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Code postal : ………………………………….. Commune : ………………………………………………………………...

RESPONSABLES LEGAUX

Situation familiale :  Célibataire Mariés Veuf(ve) Divorcé(e) Concubin(e) Pacsé(e)

Exercice de l’autorité parentale :  en commun  seul(e) *(cas particulier, fournir une décision de justice)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | PERE | MERE |
| Nom de jeune fille | \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* |  |
| Nom marital |  |  |
| Prénom |  |  |
| Adresse *Si différente de celle de l’enfant* |  |  |
| Date et lieu de naissance |  |  |
| Profession |  |  |
| Adresse employeur |  |  |
| Téléphone domicile |  |  |
| Téléphone portable |  |  |
| Téléphone travail |  |  |
| Adresse mail | …………………………………@ ……………………. | …………………………………@ ……………………. |

FRERES ET SŒURS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom - Prénom | Date de naissance | Ecole fréquentée | Classe |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Pour les nouveaux élèves :**

Nom et adresse de l’ancienne école : …………………………………………………………………………………………………………….

SANTE

En cas de problème de santé ou d’accident, les parents sont informés par l’école

En cas d’urgence, il sera fait appel au 15 ou au 18. Ces organismes décident en fonction de la gravité du cas du transport vers le centre de soins le plus compétent. Les parents légalement responsables, sont tenus de prendre contact le plus rapidement possible avec l’hôpital vers lequel l’enfant aura été dirigé.

**Qui prévenir en cas d’accident ?**

 La mère \*  Le père \*

 Autre personne \* : …………………………………………………….. \* *(plusieurs choix possible)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | PERSONNE n°1 | PERSONNE n°2 | PERSONNE n°3 |
| Nom |  |  |  |
| Prénom |  |  |  |
| Lien avec l’enfant |  |  |  |
| Adresse |  |  |  |
| Téléphone domicile |  |  |  |
| Téléphone portable |  |  |  |
| Téléphone travail |  |  |  |
| Peut-on lui confier l’enfant ? |  OUI  NON |  OUI  NON |  OUI  NON |

**Si votre enfant doit porter des lunettes :**

Mon enfant doit les porter \*:

 en permanence  durant la classe  durant les moments de sport \* *(plusieurs choix possible)*

Mon enfant doit retirer ses lunettes \*:

 durant la récréation  durant les moments de sport \* *(plusieurs choix possible)*

ASSURANCE SCOLAIRE

 Responsabilité civile  Assurance scolaire / Individuelle accident

Nom de la compagnie : ………………………………………………... N° de police : …………………………………………………………..

Adresse de l’assureur : ……………………………………………………………………………………………………………………………….

N° de sécurité sociale : ……………………………………………………………………………………………………………………………….

AUTORISATIONS

J’autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par l’école.

 OUI  NON

J’autorise l’école maternelle à photographier, à enregistrer la voix de mon enfant.

 OUI  NON

J’autorise l’école maternelle à utiliser les photos, les enregistrements sonores et visuels, les productions de mon enfant pour les faire apparaître dans les cahiers de la classe, de l’école, sur le site internet de l’école.

 OUI  NON

J’autorise l’école à communiquer aux associations de parents d’élèves mon/nos noms et adresses postales, mails.

 OUI  NON

Signature :

PERSONNES SUSCEPTIBLES DE VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM | PRENOM | QUALITE |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |