

 FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS POUR L’ANNEE 2018-2019

|  |  |
| --- | --- |
| NOM DE L ‘ ELEVE :………………………………………………………………… | Section :  |
| Prénom : …………………………………………………………………………………… |  |
| Date de naissance : ………………………………………………………………… |
| Lieu de naissance : ………………………………………………………………… |

Période de rentrée envisagée pour les PS1 : septembre / janvier

|  |
| --- |
| Courrier à adresser à : Mr et Mme / Mr ou Mme / Mr / Mme  |
| Adresse complète : ……………………………………………………………………………………………………………… |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| N° de téléphone du domicile : ………………………………………………………………………………… |
| N° de portable du père : ……………………………………………………………………………… |
| N° de portable de la mère : ………………………………………………………………………… |
|  |
| Situation familiale : ……………………………………………………………………………… |
| Autorité parentale : ……………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| NOM et prénom du PERE : ………………………………………………………………………………… |
| Profession : ……………………………………………………………………………………………………………………… |
| Entreprise : ……………………………………………………………………………………………………………………… |
| Téléphone du lieu de travail : ………………………………………………………………………………… |
| NOM de JEUNE FILLE et prénom de la MERE : ………………………………………………………. |
|  |
| Profession : ………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Entreprise : ………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Téléphone du lieu de travail : …………………………………………………………………………………… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Prénoms frères / sœurs | Date de naissance | Classe / école fréquentée |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

COORDONNEES / URGENCES / RENSEIGNEMENTS

|  |  |
| --- | --- |
| NOM DE L ‘ ELEVE :………………………………………………………………… | Section :  |
| Prénom : …………………………………………………………………………………… |  |

|  |
| --- |
|  |
| Téléphones des personnes à prévenir en cas d’urgences  |
| Nom (titre)  | Domicile | Travail | Portable |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Entourer dans le tableau le numéro à joindre en priorité (si urgence …) |
|  |
| En cas d’urgence, votre enfant sera transporté au CHR de Brest par les pompiers ou le SAMU (15), qui prendront les décisions nécessairesAvez-vous un autre souhait ? Précisez lequel …………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Nom et téléphone du médecin traitant : …………………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Recommandations particulières (allergies, troubles, régime alimentaire, PAI à mettre en PJ au document …) |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  |
|  |
| Maternelle : sorties de l’école |
| L’enfant est confié à ses parents ou à une personne désignée par eux par écrit : |
| Lien (Gd parents, nourrice…) |  Nom et prénom |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Signature des personnes responsables de l’enfant :

ECOLE SAINT JAOUA – 45 rue de Languiden – 29860 PLOUVIEN – 02.98.40.90.32