

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS - RENTREE 2020**

**SCOLARITE** (demandée):

Classe : ……………………

**Période de rentrée envisagée pour les PS1 :** septembre 20 / janvier 21

**ELEVE** :

Nom : ……………………………………….. Prénom : …………………………………………….

Date de naissance : …………………………. Civilité : 🞎 fille 🞎 garçon

Lieu de naissance : …………………………. Dép ou pays : ………………………………………..

Adresse de résidence : ………………………………………………………………………………...........

 ………………………………………………………………………………...........

**PARENTS OU RESPONSABLES** :

**Parent 1** : **Parent 2 :**

Nom : ………………………………………. Nom : ……………………………………………….

Prénom : …………………………………… Prénom : …………………………………………….

Date de naissance : ………………………… Date de naissance : ………………………………….

Adresse : …………………………………… Adresse : …………………………………………….

 …………………………………… …………………………………………….

Tél : ………………………………………... Tél : …………………………………………………

Portable : …………………………………... Portable : ……………………………………………

E-Mail :…………………………………….. E-Mail :……………………………………………...

Profession : ………………………………... Profession : ………………………………………….

Employeur : ……………………………….. Employeur : …………………………………………

Tél professionnel : ………………………… Tél professionnel : …………………………………..

**Autorité parentale** :

🞎 conjointe 🞎 parent 1 🞎 parent 2 🞎 autre (à préciser) : ………………………………………

(En cas de séparation, merci fournir une copie du droit de garde)

**FRATRIE** :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM** | **PRENOM** | **DATE DE NAISSANCE** | **ETABLISSEMENT et classes fréquentées** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

COORDONNEES / URGENCES / RENSEIGNEMENTS

**En cas d’urgence si parents non joignables** :

Personnes à prévenir en priorité :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Identité | Coordonnées | Liens avec l’enfant |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Autres coordonnées : ………………………………………………………………………………...........

 ………………………………………………………………………………...........

 ………………………………………………………………………………...........

 ………………………………………………………………………………...........

|  |
| --- |
|  |
| 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 …)Merci de joindre les PAI.  |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  |
|  |
| 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 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |