

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ANNEE SCOLAIRE 2025- 2026

Veillez conserver cette fiche de renseignements. Elle vous sera demandée lors de votre RDV d'inscription à l'école. Ce rendez-vous est à prendre avec l'établissement scolaire.

ETAT-CIVIL DE L'ENFANT

NOM Prénoms

M F

Date de naissance Ville de naissance

Département de naissance Nationalité

DOMICILIATION

Adresse

Ville

Si l'enfant vit avec ses 2 parents ou chez les tuteurs :

Nom, prénom	Tél	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

En cas de séparation familiale (fournir le jugement ou attestation de garde)

Parent 1 ayant la garde de l'enfant :

Nom, prénom, adresse	Tél	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nom, prénom, adresse du parent 2	Tél	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dans tous les cas :

	Parent 1	Parent 2
Profession	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° SS	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PERSONNE AUTRES QUE LES PARENTS

Personne à prévenir en cas d'urgence (nom, prénom, tél.)

.....
.....

Personnes habilitées à prendre l'enfant à la sortie de sa classe excepté les parents

Nom, prénom et adresse

Téléphone

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

FRERES ET SŒURS

Nombre de frères et sœurs dont dans l'école

Nom, prénom des enfants scolarisés

Date de naissance

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Assurance Scolaire :

Compagnie

N° de Police

Nom de l'Assuré

Santé :

Nom du médecin traitant

téléphone

Hôpital ou Clinique de votre choix

Autorisez-vous le transport de votre enfant : O N

Votre enfant présente t-il une allergie : O N laquelle :

DIVERS

Cantine : Oui Non Autocar : Oui Non

Périscolaire : Oui Non

SIGNATURE DES PARENTS