

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire 2024/2025

## ELEVE

NOM : ..... Prénom : ..... Sexe : M  F

Né(e) le : ...../...../..... Lieu de naissance (commune et numéro de département) : .....

Adresse de résidence de l'enfant : .....

## Frères et sœurs, demi-frères, demi-soeurs :

| Nom et Prénom | Sexe | Date de naissance | Occupation - Ecole... |
|---------------|------|-------------------|-----------------------|
|               |      |                   |                       |
|               |      |                   |                       |
|               |      |                   |                       |
|               |      |                   |                       |
|               |      |                   |                       |
|               |      |                   |                       |
|               |      |                   |                       |

**ASSURANCE** L'assurance est vivement conseillée par l'Education Nationale pour les dommages dont l'enfant serait l'auteur (responsabilité civile) et pour ceux qu'il pourrait subir (individuelle accident). Elle devient obligatoire à l'occasion de sorties et de voyages collectifs (piscine, excursion...)

Responsabilité civile : Oui  Non  Individuelle Accident : Oui  Non

Compagnie d'assurance de l'enfant: ..... N° police d'assurance : .....

**Merci de fournir une attestation d'assurance pour l'année scolaire 2024/2025.**

## DOSSIER SANTE

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par l'école. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Médecin traitant : ..... Ville : ..... ☎ : .....

Vaccinations (dernières dates) : BCG ..... DTP : .....

Si votre enfant souffre d'une maladie chronique (épilepsie, mucoviscidose, etc.), **vous devez demander la rédaction d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) par le médecin scolaire**, en accord avec le médecin traitant.

DEMANDE DE PAI : Oui  Non

Allergies : .....

Autres problèmes de santé (asthme, etc...) : .....

Port de lunettes : en permanence  en classe seulement

Je m'engage à vous signaler tout changement, en cours d'année, modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Je soussigné(e) certifie l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Date

Signature père

Signature mère