Merci de compléter ce document pour



**le ………………………** au plus tard,

à rendre au secrétariat ou au titulaire

| Informations de l’enfant | |
| --- | --- |
| Nom et Prénom |  |
| Adresse actuelle |  |
| Personne qui a l’enfant à charge | O maman O papa O autre |
| Personne qui paie l’accueil/ garderie  (pour l’ attestation fiscale paiement frais garderie) |  |
| École précédente ou crêche |  |

| Si nous devons vous contacter… | |
| --- | --- |
| **Nom et prénom du responsable 1** |  |
| Lien avec l’enfant |  |
| Profession |  |
| Téléphone |  |
| GSM |  |
| email (imprimé svp) O ok recevoir email école |  |
| Adresse (si autre que domicile de l’enfant) |  |
| **Nom et prénom du responsable 2** |  |
| Lien avec l’enfant |  |
| Profession |  |
| Téléphone |  |
| GSM |  |
| email (lisible svp) O ok recevoir email école |  |
| Adresse (si autre que domicile de l’enfant) |  |
| **Autre personne à contacter….** |  |
| Lien de parenté |  |
| Téléphone |  |
| GSM |  |

| Personnes autorisées à venir chercher l’enfant (autres que parents) | |
| --- | --- |
| 1) Nom et prénom |  |
| Lien de parenté : |  |
| 2) Nom et prénom |  |
| Lien de parenté : |  |
| 3) Nom et prénom |  |
| Lien de parenté : |  |

| Informations médicales et en cas d'urgence | |
| --- | --- |
| Allergies connues |  |
| Maladies connues |  |
| Médicaments actuellement prescrits… |  |
| Groupe sanguin si connu |  |
| autre information liée à la santé…. |  |
|  |  |

| Renseignements complémentaires Vie pratique | |
| --- | --- |
| Accueil (garderie) du matin avant 7h40 | O oui – O non O parfois |
| Accueil (garderie) du soir après 16h30 | O oui – O non O parfois |
| Repas de midi (par mois) | O Repas chauds (potage compris)  O seulement la soupe  O tartines de la maison  O commande par mois ou à la carte  O commande à l’année |
| Transport scolaire (matin) | O lu O ma O mer O je O ve O non |
| Transport scolaire (soir) | O lu O ma O mer O je O ve O non |
| Etude à 16h (pour le primaire) | O oui O non O parfois O tous les …………….. |
| Autorisation d’utiliser l’adresse email  Pour les communications | O oui, laquelle : ……………………………………… |

| Autorisations parentales |
| --- |

Je, soussigné(e), responsable de l’enfant, autorise l’école à prendre toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, radios, analyses, anesthésie, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l’état de l’enfant, si aucune des personnes mentionnées ci-dessus ne peuvent être jointe en cas d’urgence.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Signature Maman | | Signature Papa | |
|  | |  | |
| Nom | Date | Nom | Date |
|  |  |  |  |