|  |  |
| --- | --- |
| **École Primaire BIZANET**Ce.0382286d@ac-grenoble.fr04 76 42 00 66  | **FICHE DE RENSEIGNEMENTS****Année scolaire …………. remplir LISIBLEMENT en noir** **(ce document est photocopié pour être accessible en cas de nécessité)**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Classe de Mme/M. ………………………….** |  **NIVEAU : ……………** |
| **NOM** : ………………………………...…………. **Prénom** : ………………………………… **Sexe** : **M**  **F** **Né(e) le** : ……. /……. /…….  **Lieu de naissance (commune et numéro de département)** : ………………………………**Adresses de résidence de l'enfant** :**Adresse 1** : ………………………………………………………………………………………………………………………..Adresse 2 (le cas échéant): …………………………………………………………………..…………………………………… |

|  |
| --- |
| **FAMILLE DE L'ENFANT / NUMÉROS D'URGENCE** |

***Responsables légaux : En cas de séparation, il est indispensable de renseigner les adresses des 2 responsables légaux pour la transmission des résultats scolaires et pour l'envoi des documents pour les élections scolaires des représentants des parents d'élèves. Parents séparés ou divorcés, fournir obligatoirement une photocopie de l'extrait de jugement .***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RESPONSABLES LÉGAUX** | **PÈRE /MERE/TUTEUR** | **PÈRE /MERE/TUTEUR** | **AUTRE RESPONSABLE LÉGAL**  |
| **NOM** | ……………………………… | ……………………………… | ……………………………… |
| **Prénom** | ……………………………… | ……………………………… | ……………………………… |
| **Autorité parentale** | Oui  Non  | Oui  Non  | Oui  Non  |
| **Adresse** | ………………………………….… | ………………………………….… | ………………………………….… |
| **Code postal et Ville** | ……………………………… | ……………………………… | ……………………………… |
| ** domicile** | ……………………………… | ……………………………… | ……………………………… |
| ** portable** | ……………………………… | ……………………………… | ……………………………… |
| ** travail**  | ……………………………… | ……………………………… | ……………………………… |
| **Adresse mail**  | ……………………………… | ……………………………… | ……………………………… |

**IMPORTANT Souhaitez-vous un envoi séparé aux deux parents des informations concernant la scolarité de votre enfant**

**(bulletins scolaires, matériel électoral, comptes-rendus des conseils d'école,…) ?** Oui  Non 

|  |
| --- |
| **AUTRES ADULTES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISES À PRENDRE L'ENFANT Á LA SORTIE** |
| **Nom et prénom** : ………………………………………………….. **Qualité : (famille, voisin, autre à préciser)** : **obligatoire 1 :** ………………………………… ** 2**: …………………………………**Adresse** : ……………………………………………………………………………………………….. ***À appeler en cas d'urgence  Autorisé à prendre l'enfant *** |
| **Nom et prénom** : ………………………………………………….. **Qualité : (famille, voisin, autre à préciser)** : **obligatoire 1 :** ………………………………… ** 2**: …………………………………**Adresse** : ……………………………………………………………………………………………….. ***À appeler en cas d'urgence  Autorisé à prendre l'enfant *** |
| **Nom et prénom** : ………………………………………………….. **Qualité : (famille, voisin, autre à préciser)** : **obligatoire 1 :** ………………………………… ** 2**: …………………………………**Adresse** : ……………………………………………………………………………………………….. ***À appeler en cas d'urgence  Autorisé à prendre l'enfant *** |

|  |
| --- |
| **FRÈRES ET SŒURS**  |
| **NOM Prénom**  | ……………………. | ……………………. | ……………………. | ……………………. | ……………………. |
| **Année de naissance** | ……………………. | ……………………. | ……………………. | ……………………. | ……………………. |
| **SANTE DE L'ÉLÈVE** |

En cas de maladie ou de nécessité de soins sans gravité, la famille est avertie.
En cas d’urgence, nous avons l'obligation de contacter le centre 15 pour avis médical. **Suivant l'avis,** la famille est immédiatement avertie par nos soins et si nécessité, l'élève est orienté et transporté par les services de secours d’urgence vers l’hôpital le mieux adapté. Un élève mineur ne peut sortir de l’hôpital qu’accompagné de sa famille ou de son représentant légal.

**Pour tout traitement régulier ou d’urgence, il est nécessaire de prendre contact avec l'école et d'envisager la mise en place d'un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) avec le médecin scolaire, après consultation de votre médecin traitant.**

**Aucun médicament ne peut être confié à l'enfant durant les temps scolaires et périscolaires, les traitements donnés par les professeurs se font dans le cadre des PAI.**

|  |
| --- |
| **ASSURANCE SCOLAIRE** |

 **JOINDRE L ATTESTATION D ASSURANCE
L’assurance est obligatoire pour les sorties scolaires dépassant les horaires de classeCompagnie d'assurance** : ………………………………………… **N° de police d'assurance** : ……………………………………………

|  |
| --- |
| **PHOTOGRAPHIE SCOLAIRE- NOUVEAU SITE DE L'ECOLE = NOUVELLE AUTORISATION**  |
| Dans le cadre d’école, nous sommes faisons des photos de groupe des enfants en activité pour le journal scolaire ou le nouveau site de l’école Nous avons besoin d’une nouvelle autorisation. Les photos ne donnent pas information susceptible d’identifier les enfants ou leur famille. La loi nous fait obligation d’avoir l’autorisation écrite des parents pour cette utilisation.Merci de bien vouloir remplir le talon ci-dessous. Un refus de votre part aura pour conséquence, soit d’écarter votre enfant lors des prises de vue, soit de masquer son visage sur les photos publiées.  |
| **Autorisation publication des images**  prises dans le cadre scolaire **ENTOUREZ VOTRE REPONSE** |
| Je soussigné: M ……………………….. Autorise la publication d'images de mon enfant Prénom …………………..NOM ……………….Entourez **.OUI** ou  **NON**À Grenoble  date : Signature | Je soussigné: M ……………………….. Autorise la publication d'images de mon enfant Prénom …………………..NOM ……………….Entourez **.OUI** ou  **NON**À Grenoble  date : Signature |
| **ASSOCIATIONS DE PARENTS D'ELEVES**  |

*(Ne cocher qu'en cas de refus)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Mère :**  |  Je ne désire pas communiquer mon adresse (mail et postale) aux associations de parents d'élèves.  |
| **Père :**  |  Je ne désire pas communiquer mon adresse (mail et postale) aux associations de parents d'élèves.  |

**Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.**

**Fait à** …………………………… **Le** ……………………….

**Signature du père Signature de la mère Signature autre responsable**