



**Ecole élémentaire Alain Savary**

Place de l'Eglise  
91710 VERT-LE-PETIT  
01 64 93 24 69  
0910324h@ac-versailles.fr

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Année scolaire **2019 - 2020**

Classe : \_\_\_\_\_

**ELÈVE**

Nom : \_\_\_\_\_ Sexe : G  F

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Lieu de naissance (commune et département ou pays) : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

**RESPONSABLES LÉGAUX**

**Lien avec l'enfant : père** Autorité parentale : Oui  Non

Nom : \_\_\_\_\_ Situation familiale (1) : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Téléphone portable travail \_\_\_\_\_

**Lien avec l'enfant : mère** Autorité parentale : Oui  Non

Nom : \_\_\_\_\_ Situation familiale (1) : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Téléphone portable travail \_\_\_\_\_

**Autre responsable légal** (personne physique ou morale) Autorité parentale : Oui  Non

Organisme : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

(1) Célibataire - Marié(e) - Veuf(ve) - Divorcé(e) - Séparé(e) - Concubin(e) - Pacsé(e)

\* Responsables légaux : Il est important de renseigner le document concernant les deux responsables légaux pour :

- La transmission des résultats scolaires (circulaire n°94-149 du 13/04/1994)
- Les élections des représentants des parents d'élèves : chaque parent est désormais électeur et éligible (note de service n°2004-104 du 25/06/2004).

## PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE OU AUTORISÉES À ACCOMPAGNER L'ENFANT

Nom	Lien avec l'enfant	Téléphone	Téléphone	Urgence	Accomp
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES

- Cantine                                       Garderie                                       Etude  
 Transport                                       Assurance

### ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : OUI  NON                       Individuelle accident : OUI  NON

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_ Numéro de police : \_\_\_\_\_

### MÉDECIN TRAITANT

Nom \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_                      Téléphone portable : \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_

### AUTORISATIONS

- Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves (Responsable 1)  
 Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves (Responsable 2)

**REMARQUES :** Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'école (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre, régime alimentaire...)

---

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

Date :

Signature :

Signature :