Ecole Primaire Saint Pierre – 29470 PLOUGASTEL DAOULAS

Tél : 02 98 40 36 52

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ELEVE

Nom : _____ **Prénom** : _____

Sexe* | M | F | Date de naissance ____ /____ /_____ Lieu : _____ Dépt : _____

Nationalité : _____ **Adresse domicile** : _____

Tél Domicile : _____ Code Postal _____ Ville _____

Autres personnes à contacter

Nom			
Tél			
lien avec la famille			

SCOLARITE

Comment avez-vous connu l'école Saint Pierre : _____

Date première entrée école St Pierre		Classe précédente			
Etablissement précédent		Type d'établissement	Privé*		Public*	
Ville établissement précédent					

Année					
Classe*	CP	CE1	CE2	CM1	CM2

Filière bilingue (français / breton)	
OUI	NON

Cantine* NON	**Cantine*** OUI	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

CAR Scolaire* NON	CAR Scolaire* OUI	LIGNE :

IDENTITE FAMILIALE

Responsable 1			**Resonsable 2**			
Prénom			Prénom			
Profession			Profession			
Employeur			Employeur			
Téléphone travail			Téléphone travail			
Téléphone portable			Téléphone portable			
e-mail :			e-mail :			
Situation de famille *	Marié	Séparé	Divorcé	célibataire	vie maritale	Veuf
Autorité Parentale *	PERE	MERE	PERE & MERE		AUTRE	
Nombre enfant(s) à charge						

FACTURATION

Nous déclarons avoir pris connaissance des conditions financières et choisissons le mode de règlement suivant :

Mode de règlement* :	Chèque	Prélèvement

Rayer la mention inutile

A compléter en cas de séparation - Facture adressée à :

MONSIEUR **Si oui, mode de règlement**	OUI* chèque	NON * Prélèvement	**MADAME** **Si oui, mode de règlement**	OUI* Chèque	NON* Prélèvement
Adresse :			Adresse :		

Frères et Sœurs					
Prénom	Date de Nais.	Ecole	Prénom	Date de Nais.	Ecole

FICHE INFIRMERIE

VACCINATIONS : Fournir une copie de la page « vaccinations » du carnet de santé.

ALLERGIES Médicales ou alimentaires (écrire en rouge)

Pour une prise en compte, penser à faire une demande de PAI auprès du directeur, avec certificat médical en cours obligatoire.

RESPONSABILITE

Le responsable légal de l'enfant est immatriculé à la Sécurité Sociale ou MSA sous le n° :_____
Assurance Responsabilité Civile : Nom et Adresse _____
Etes-vous affilié(e) à une mutuelle ? OUI – NON
Nom et adresse _____

DELEGATION DE POUVOIRS EN CAS D'URGENCE

En cas de maladie ou d'accident grave survenant à mon enfant :
Nom _____ **Prénom** _____, je désire que soit appelé
le docteur _____ Tél _____

En cas d'absence de ce docteur, j'autorise le personnel enseignant à faire appel à un autre médecin.
En cas d'urgence, si l'on ne peut me joindre par téléphone, ou si le temps presse, j'autorise le personnel enseignant à prendre les mesures nécessaires (transport en clinique ou hôpital, par ambulance des pompiers ou samu).
Hôpital ou clinique _____

Sauf modification écrite, cette déclaration est valable pour une année scolaire.

Année scolaire	Responsable 1	Signature	Responsable 2	Signature

DROIT A L'IMAGE

Vous parents, disposez sur l'image de votre enfant et l'utilisation qui en est faite, d'un droit exclusif, et vous pouvez vous opposer à sa reproduction et diffusion sans autorisation. Dans le cas d'images prises dans des lieux publics, votre autorisation est nécessaire, si le ou les enfants sont isolés et reconnaissables.

Madame, Monsieur _____ autorise(nt) l'exploitation pédagogique par les écoles Saint Jean et Saint Pierre : de la prise de photos et vidéos lors des activités et manifestations organisées par les écoles, à des fins d'illustration dans divers outils de communication : plaquettes, affiches et flyers, journal de l'école, site internet de l'école, écran dans la cantine…).

Cette autorisation pourra être révoquée, par écrit, à tout moment.

Année scolaire	OUI/NON	Responsable 1	Signature	Responsable 2	Signature

⚠ **Un imprimé d'autorisation de sortie vous sera transmis à la rentrée.**

<u>Pièces à fournir</u> :

	RECU LE :
Photocopie du carnet de vaccination **Photocopie du livret de famille** **Certificat de radiation** **Livret scolaire (bulletins…)**	