

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire 20\_\_ / 20\_\_

Les informations recueillies sur cette fiche sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'école dans le but de gérer la scolarité de votre enfant. Elles sont conservées pendant toute sa scolarité. Conformément à la loi «RGPD», vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : Yannick GRELET – [ecolestdenis@wanadoo.fr](mailto:ecolestdenis@wanadoo.fr)

## Informations sur l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_\_\_\_ Niveau : \_\_\_\_\_

### FRATRIE (frères et sœurs)

Nom et Prénom	Date de naissance	Classe ou activité

Mettre une croix dans les cases	OUI	NON	Entourer/souligner les réponses			
L'enfant mangera au restaurant scolaire (régulier)			<b>L</b>	<b>M</b>	<b>J</b>	<b>V</b>
L'enfant fréquentera la garderie			<b>Lundi</b> :	matin	soir	
			<b>Mardi</b> :	matin	soir	
			<b>Jeudi</b> :	matin	soir	
			<b>Vendredi</b> :	matin	soir	
L'enfant utilisera le transport scolaire			matin	soir		

## Informations sur la famille

Situation familiale : mariés  pacsés  vie maritale  séparés  divorcés  veuf(ve)

Responsable légal de l'enfant : PERE MERE TUTEUR

Nom du père :	Prénom :
Adresse :	
Adresse mail :	☎ :
Profession :	☎ professionnel :
Lieu de travail :	

Nom de la mère :	Prénom :
Adresse : ①	
Adresse mail : ①	☎ :
Profession :	☎ professionnel :
Lieu de travail :	

① A compléter uniquement quand les renseignements sont différents du père.

## Informations relatives au parcours religieux

Afin de respecter les convictions de chacun et le cheminement de votre enfant, différentes propositions vous seront faites ultérieurement pour la participation de votre enfant à la catéchèse et/ou à la préparation de sacrements (communion).

Votre enfant est baptisé :  oui  non a communiqué :  oui  non

## Informations médicales

<i>Mettre une croix dans les cases</i>	OUI	NON	<i>Si oui préciser</i>
Traitement médical (longue durée, PAI)			
Allergies (médicaments, aliments, autres, ...)			
Maladie chronique (asthme, convulsions, diabète, ...)			
Autres difficultés de santé (appareil, opération, accident, ...)			
Nom du médecin traitant :			Tél :

## Informations complémentaires

Votre enfant se rend à l'école : à pied  à vélo  en car  en voiture

Votre enfant (**de plus de 6 ans**) est autorisé à quitter l'école tout seul : oui  non

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

N°	Nom - Prénom	Parenté
1		
2		
3		

Personne à prévenir en cas d'urgence ou de maladie (en ordre de priorité) :

N°	Nom - Prénom	☎ personnel	☎ professionnel

Lieu d'hospitalisation souhaité :

### **Attention :**

Tout changement devra être signalé par écrit : cahier de liaison ou tout autre document écrit.

En signant ce formulaire j'accepte que les informations saisies soient exploitées dans le cadre de la scolarité de mon enfant. Pour connaître et exercer vos droits, notamment de retrait de votre consentement à l'utilisation des données collectées par cette fiche, veuillez consulter notre politique de confidentialité sur notre site internet ([lien](#)) ou bien sur l'exemplaire papier qui vous sera transmis à votre demande.

Le ....., Signature des deux parents :

--	--