École élémentaire des Varennes – 33 bis, rue Principale – 37250 Veigné - ☎ 02 47 26 22 44 – Courriel : ec-bourg-veigne@ac-orleans-tours.fr

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS – 2018/2019

Nom de l'élève : _____
Prénom : _____

Naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐/☐☐ _____ ☐☐
Date Ville N° dépt.

Nationalité : _____ Sexe : masculin ☐ féminin ☐

Niveau suivi en **2017/2018** CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1☐ CM2 ☐
École fréquentée : _____

Restauration scolaire Oui ☐ Non ☐
Ramassage scolaire Oui ☐ Non ☐
Accueil péri-scolaire Oui ☐ Non ☐ Si oui **Matin** ☐ **Soir** ☐
Étude surveillée Oui ☐ Non ☐

Adresse où réside l'enfant : _____

Mère :
Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____
Nom marital : _____

Adresse de la mère : _____

Téléphone (s) : - - / - - / - - / - - / - - | - - / - - / - - / - - / - - | - - / - - / - - / - - / - -
domicile portable professionnel

courriel (facultatif) _____@_____

Profession de la mère _____

Employeur _____

Père : Nom _____ Prénom _____

Adresse du père _____

Téléphone (s) : - - / - - / - - / - - / - - | - - / - - / - - / - - / - - | - - / - - / - - / - - / - -
domicile portable professionnel

courriel (facultatif) _____@_____

Profession du père _____

Employeur _____

En cas de séparation, de divorce, pensez à transmettre les informations au personnel enseignant : le mode de garde, l'adresse complète des deux parents, le domicile principal de l'enfant (le cas échéant, fournir la photocopie des décisions de justice).

ENFANTS

Prénom	Année de naissance	Sexe

PERSONNES AUTRES QUE LES PARENTS A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom / Prénom – Lien	Téléphone
---------- / ----------	- - / - - / - - / - - / - -
---------- / ----------	- - / - - / - - / - - / - -

Assurance scolaire : ….
(joindre obligatoirement copie de l'attestation individuelle accidents corporels et copie de l'attestation responsabilité civile couvrant l'année scolaire 2017-2018)

Suivi de votre enfant à l'extérieur de l'école (CMPP, orthophoniste, psychologue ….) :
….
….
Renseignements sur la santé de l'enfant :
….
….

Autorisation de communication de l'adresse personnelle
Je, soussigné (e), M (Mme)..... , responsable de l'enfant..... inscrit dans l'école élémentaire des Varennes, **autorise / n'autorise pas** la communication de mon adresse personnelle telle qu'elle figure dans le registre des élèves aux associations de parents d'élèves.

Autorisation de communication de l'adresse courriel
Je, soussigné (e), M (Mme)..... , responsable de l'enfant..... inscrit dans l'école élémentaire des Varennes, **autorise / n'autorise pas** la communication de mon adresse courriel aux associations de parents d'élèves.

Déclaration relative à l'autorisation de laisser filmer ou photographier
J'accepte / je n'accepte pas que mon enfant soit filmé ou photographié dans un but professionnel pendant les activités pédagogiques : site internet de l'école, journaux, télévision... (Les photographies dites "scolaires" ne sont pas concernées par ce choix).

Date le

Signature du ou des représentants légaux de l'enfant.