Académie de REIMS
Inspection Académique de la Marne
Circonscription REIMS VI
13 rue Chanzy
BP 2028 51070 REIMS CEDEX
Tel : (33) 03.26.02.57.15 Fax : 03.26.02.57.17
Ce.0511753d@ac-reims.fr
http://www.ac-reims.fr/ia51/ien.reims6/

École :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ÉLÈVE

NOM : _____ **Prénom(s) :** _____ / _____ / _____ **Sexe : M ☐ F ☐**

Né(e) le : .... / .... / ..... **Lieu de naissance** (commune et département) : _____

Nationalité : _____ **Année d'arrivée en France :** _____

Souhaite un enseignement de la langue et de la culture d'origine (si celui-ci peut-être mis en place) OUI ☐ NON ☐

Adresse : _____

Code postal : _____ **Commune :** _____

RESPONSABLES LÉGAUX

Mère **Nom de jeune fille:** _____ **Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐**

Nom marital (nom d'usage) : _____ **Prénom :** _____

Profession : _____ **Situation familiale (1) :** _____

Adresse : _____
(si différente de celle de l'élève)

Code postal : _____ **Commune :** _____

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Téléphone portable :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Numéro de poste :** _____

Courriel : _____ @ _____

Père **NOM :** _____ **Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐**

Prénom : _____

Profession : _____ **Situation familiale (1) :** _____

Adresse : _____
(si différente de celle de l'élève)

Code postal : _____ **Commune :** _____

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Téléphone portable :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Numéro de poste :** _____

Courriel : _____ @ _____

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

Organisme : _____ **Personne référente :** _____

Fonction : _____ **Lien avec l'enfant :** _____

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)

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE

NOM : _____ ☐ **A appeler en cas d'urgence**

Lien avec l'enfant : _____ ☐ **Autorisé à prendre l'enfant**

Adresse : _____

Code postal : _____ **Commune :** _____

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Téléphone portable :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Numéro de poste :** _____

NOM : _____ ☐ **A appeler en cas d'urgence**

Lien avec l'enfant : _____ ☐ **Autorisé à prendre l'enfant**

Adresse : _____

Code postal : _____ **Commune :** _____

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Téléphone portable :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Numéro de poste :** _____

NOM : _____ ☐ **A appeler en cas d'urgence**

Lien avec l'enfant : _____ ☐ **Autorisé à prendre l'enfant**

Adresse : _____

Code postal : _____ **Commune :** _____

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Téléphone portable :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Numéro de poste :** _____

INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES

SMA le lundi :	**Oui** ☐	**Non** ☐	**Restaurant scolaire le lundi :**	**Oui** ☐	**Non** ☐
SMA le mardi :	**Oui** ☐	**Non** ☐	**Restaurant scolaire le mardi :**	**Oui** ☐	**Non** ☐
SMA le jeudi :	**Oui** ☐	**Non** ☐	**Restaurant scolaire le jeudi :**	**Oui** ☐	**Non** ☐
SMA le vendredi :	**Oui** ☐	**Non** ☐	**Restaurant scolaire le vendredi :**	**Oui** ☐	**Non** ☐

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : **Oui** ☐ **Non** ☐ **Individuelle Accident :** **Oui** ☐ **Non** ☐

Compagnie d'assurance: _____ **Numéro de police d'assurance :** _____

AUTORISATION (à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes)

Mère : ☐ Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves. (Ne cocher qu'en cas de refus)

Père : ☐ Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves. (Ne cocher qu'en cas de refus)

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

Date : **Signature :** **Signature :**

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent