

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ECOLE PRIVÉE MIXTE ST AUGUSTIN - 18, rue du stade - Belleville sur Vie
85170 BELLEVIGNY - Tél. : 02 51 41 28 64 - Mail : bellevigny.staugustin@gmail.com

bellevigny.staugustin.fr



Les informations recueillies sur cette fiche sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'école St Augustin 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 : Johann Bernard, chef d'établissement (bellevigny.staugustin@gmail.com).

Nom de l'enfant : Prénom :

Né(e) le : à Classe :

Nom et prénom du père/mère/tuteur :

.....

Adresse :

.....

Tél :

Tél portable :

Tél Professionnel :

Profession :

Lieu de travail :

Nom et prénom du père/mère/tuteur :

.....

Adresse :

.....

Tél :

Tél portable :

Tél Professionnel :

Profession :

Lieu de travail :

Acceptez-vous de recevoir certaines informations par mail ? OUI NON

Si oui, indiquez votre adresse mail :

Situation familiale:

mariés pacsés vie maritale séparés divorcés veuf(ve)

Pour les parents séparés,

- joindre la copie de la décision du Juge aux affaires Familiales fixant la résidence de l'enfant et les modalités d'exercice de l'autorité parentale.

- indiquer l'adresse du parent qui n'a pas la garde de l'enfant (Circulaire du Ministère de l'Education Nationale du 13.10.99).

.....

Mail :

Nom et prénom des frères et sœurs :

..... Né(e) le classe :

..... Né(e) le classe :

..... Né(e) le classe :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

L'enfant fréquentera la garderie : OUI - NON

(à entourer)

LUNDI - MARDI - JEUDI - VENDREDI

matin - soir

matin - soir

matin - soir

matin - soir

L'enfant déjeunera au restaurant scolaire:

tous les jours

jamais

occasionnellement

INFORMATIONS MEDICALES ET DELEGATION DE POUVOIR EN CAS D'URGENCE

Mettre une croix dans les cases	OUI	NON	Si oui préciser
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 :

Indiquez tout **suivi extérieur** (orthophoniste, orthoptiste, psychologue, psychomotricien, CMP...) dont bénéficie votre enfant :

.....

En cas d'urgence ou de maladie, nous appelons les parents.

En cas d'absence des parents, personnes à prévenir en priorité :

1. Nom : Téléphone :

2. Nom : Téléphone :

3. Nom : Téléphone :

Je soussigné père/mère/tuteur de l'enfant désigné ci-dessus, autorise le chef d'établissement de l'école St Augustin (ou en son absence tout enseignant responsable) à prendre, en cas d'accident grave, toutes décisions d'hospitalisation et d'interventions cliniques jugées indispensables et urgentes par le médecin appelé et consulté.

SORTIE DE L'ECOLE

Nom de la ou des personne(s) venant chercher l'enfant :

AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE : si l'enfant part seul, remplir l'autorisation suivante.

Je soussigné(e) autorise mon enfant à sortir seul de l'école après les cours.

Fait à Le
Signature :

ACTIVITES PEDAGOGIQUES COMPLEMENTAIRES (APC)

L'équipe enseignante propose des Activités Pédagogiques Complémentaires (APC) sur temps de pause méridienne : aide aux élèves en difficulté, aide au travail personnel, activités en lien avec le projet de l'école... Votre autorisation est requise pour proposer ces activités qui s'ajoutent au temps d'enseignement. Dans un souci de simplifier l'organisation de ces APC, l'autorisation est demandée pour l'année complète.

Nous, représentants légaux de (nom et prénom de l'enfant)

acceptons que notre enfant participe aux APC.

refusons que notre enfant participe aux APC.

Vos informations étant confidentielles, cette fiche ne peut-être modifiée que par vos soins et ne peut pas être communiquée à d'autres structures.

En soumettant 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 (belleigny-staugustin@mail.fr) ou bien sur l'exemplaire papier qui vous sera transmis à votre demande.

Le

(cochez la case)

Signatures des deux parents :