



# Ecole Saint Cyr

Le Parco - 56500 Moréac

Tél : 02 97 60 10 26

eco56.stcy.moreac@eco.ecbretagne.org

Site internet : <http://www.ecole-stcyr-stejulitte.com>

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET D'INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2019-2020

Niveau : ..... Monolingue ou bilingue (entourer le choix)

### ÉLÈVE

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexe : M  F

Né(e) le : .... / .... / ..... Lieu de naissance (commune et département) : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Problèmes de santé (allergies, contre-indications, traitements de longue durée, etc.) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_

Dates des derniers rappels des vaccinations (SI EFFECTUÉS) :

BCG : \_\_\_\_\_ DTP : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale du responsable légal dont dépend l'enfant : \_\_\_\_\_

### FRERES ET SŒURS

NOM	Prénom	Date de naissance
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### 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 : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Important :**

Dans le cas où les parents sont séparés/divorcés, merci de remettre une copie de l'ordonnance établie par le juge, qui fixe les conditions de l'autorité parentale, au chef d'établissement. Dans le cas où il n'y a pas jugement, le chef d'établissement considère que l'autorité parentale est exercée par les 2 parents.

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)
  - Les élections des représentants des parents d'élèves : chaque parent est désormais électeur et éligible (note de service n°2004-104)

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

1) 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 :

2) NOM : \_\_\_\_\_

A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES

Garderie matin : Oui  Non  Garderie soir : Oui  Non

Restaurant scolaire : Oui  Non  Déplacement domicile - école : Seul  Accompagné

### ASSURANCE DE L'ENFANT (joindre les photocopies des documents justificatifs)

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 :**
- J'accepte de communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.
  - J'autorise l'équipe enseignante à prendre, sur avis médical en cas de maladie de mon enfant, toutes les mesures d'urgences tant médicales que chirurgicales y compris éventuellement l'hospitalisation.
  - J'autorise que mon enfant ..... soit photographié et/ou filmé en cours d'année, dans un but pédagogique ou de communication extérieure (journal , blog...)
  - J'autorise mon enfant..... à emprunter les transports collectifs lors des déplacements prévus et organisés par l'école : piscine, spectacles, cinéma, sport, classe ou sortie découverte.
  - J'autorise mon enfant..... à rentrer seul(e) à la maison.
  - J'autorise mon enfant..... à rentrer à la maison accompagné(e) par son grand frère ou sa grande sœur. (NOM, Prénom et classe :.....).

- Père :**
- J'accepte de communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.
  - J'autorise l'équipe enseignante à prendre, sur avis médical en cas de maladie de mon enfant, toutes les mesures d'urgences tant médicales que chirurgicales y compris éventuellement l'hospitalisation.
  - J'autorise que mon enfant ..... soit photographié et/ou filmé en cours d'année, dans un but pédagogique ou de communication extérieure (journal , blog...)
  - J'autorise mon enfant..... à emprunter les transports collectifs lors des déplacements prévus et organisés par l'école : piscine, spectacles, cinéma, sport, classe ou sortie découverte.
  - J'autorise mon enfant..... à rentrer seul(e) à la maison.
  - J'autorise mon enfant..... à rentrer à la maison accompagné(e) par son grand frère ou sa grande sœur. (NOM, Prénom et classe :.....).

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

Date :

Signature :

Signature :