



## FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS



### Informations sur l'élève

<b>NOM :</b>		<b>Prénom :</b>	
<b>Né(e) le :</b>	<b>à :</b>	<b>Classe :</b>	

### Informations sur la famille

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

Responsable légal de l'enfant :                       Père                       Mère                       Tuteur

Pour **les parents séparés ou divorcés**, merci de joindre une **copie de la décision du Juge aux Affaires familiales** fixant la résidence de l'enfant et les modalités de l'autorité parentale.

<b>Nom du père :</b>		<b>Nom de la mère :</b>	
		Nom de jeune-fille :	
<b>Prénom :</b>		<b>Prénom :</b>	
Adresse :		Adresse :	
Tél :	Port :	Tél :	Port :
Profession :		Profession :	
Tél travail :		Tél travail :	
Mail :		Mail :	

### Fratrie (frères et sœurs)

Nom	Prénom	Né(e) le

### 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 :	
Dates des vaccinations obligatoires : : Diphtérie ..... Tétanos : ..... Poliomyélite :.....			
Pour les allergies : La cause est-elle identifiée ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Si oui qu'elle est-elle : ( un protocole médical pourra être mis en place)			
Informations à signaler sur la santé de l'enfant :			

## Informations et autorisation d'intervention en cas d'urgence

En cas d'urgence ou de maladie, nous appelons les parents. En cas d'absence des parents, personnes à prévenir en ordre de priorité :

Nom - prénom	Tèl personnel	Tèl professionnel

Nous autorisons Catherine LANDRY, chef d'établissement de l'École Saint Pient - Maillé, 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.

Merci d'indiquer le lieu d'hospitalisation souhaité :

## Informations complémentaires

De quelle manière votre enfant se rend-il à l'école ?  à pied  à vélo  en voiture

Votre enfant (à partir du CP) est-il autorisé à quitter l'école tout seul ?  oui  non

Merci d'indiquer les personnes autorisées à venir chercher vos enfants, en plus des parents

Nom - prénom	Tèl personnel

**Attention** : tout changement devra être signalé par écrit.

Cocher la case souhaitée	OUI	NON	Si oui, entourer la réponse souhaitée											
			Toujours		lundi		mardi		jeudi		vendredi		Parfois	
L'élève mangera à la cantine														
L'élève ira en garderie														
			Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir

## Autorisations de diffusion

Je soussigné(e)  père, mère, tuteur de l'enfant désigné ci-dessus  
Autorise l'école Saint Pient, 1, place Joseph Herbert, 85 420 MAILLÉ, à diffuser des textes, enregistrements sonores, photographies, vidéos et réalisations de toute nature de mon enfant mineur

- dans l'école  oui  non
- dans la presse  oui  non
- à l'occasion d'une exposition  oui  non
- dans le cadre des activités pédagogiques sur le site internet de l'école (<http://maille-stpient.fr/>)  oui  non
- dans le cadre des activités pédagogiques sur Educartable/portail famille (accès privé et sécurisé)  oui  non

## Droits d'accès aux informations recueillies

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 : Catherine LANDRY, chef d'établissement – [direction@maille-stpient.fr](mailto:direction@maille-stpient.fr)

Vos informations sont 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 <https://bit.ly/37QJpay>

A,  le

Signature des deux parents :