

**Mairie de Bezannes**  
1 rue Source de Muire  
51726 BEZANNES CEDEX  
Tel : 03.26.36.56.57  
Fax : 03.26.36.54.13  
mairie@bezannes.fr

**École : Sylvain Lambert**  
2 Chemin d'Ormes  
51430 BEZANNES  
Tel : 03.26.36.22.04  
Fax : 03.26.36.22.04

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2018-2019

Ecole précédente : \_\_\_\_\_

#### ÉLÈVE

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

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

Classe : \_\_\_\_\_

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)
- Les élections des représentants des parents d'élèves : chaque parent est désormais électeur et éligible (note de service n°2004-104 du 25/06/2004).

**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**Garderie le matin : Oui  Non Restaurant scolaire le lundi : Oui  Non Garderie le soir : Oui  Non Restaurant scolaire le mardi : Oui  Non Restaurant scolaire le jeudi : 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 (concernant l'adresse, 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)

J'autorise la commune à utiliser l'image de mon enfant à des fins d'illustration dans ses différents supports de communication.

J'autorise l'école à prendre toute mesure utile pour l'hospitalisation ou l'intervention chirurgicale en cas d'urgence.

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

Date :

Signature :

Signature :