



École Sainte Bernadette – Saint Joseph
 68, rue du Général de Gaulle
 59310 LANDAS
 Tél Sainte Bernadette : 03.20.79.11.48
 Tél Saint Joseph : 07.85.40.95.38
 Mail : st-bernadette-st-joseph.landas@wanadoo.fr
 Site : <http://ecole-stebernadette-stjoseph-landas.fr>

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ECOLE
ANNEE 2022 - 2023

En cas d'incident ou d'accident survenant à votre enfant dans l'établissement, il est indispensable de disposer de renseignements fiables pour pouvoir vous contacter rapidement.

1/ Renseignements concernant l'enfant

Nom de l'enfant : Prénom :

Sexe *: M F * Entourer la bonne proposition

Classe :

Date de naissance : Lieu de Naissance :

Nationalité :

Nombre de frères et sœurs :

2/ Renseignements médicaux concernant l'enfant

Nom du médecin traitant :

Téléphone :

Date des derniers rappels de vaccination

- BCG :
- DT-Polio :
- Tétra-coq :

Merci d'indiquer toute situation particulière importante (médicale, familiale, comportementale, ...)

Attention en cas d'allergie alimentaire, ou tout autre problème médicale, il est obligatoire d'établir un P.A.I. (projet d'accueil individualisé)

.....

.....

.....

Afin d'apporter le plus rapidement possible une aide à votre enfant, veuillez compléter le tableau ci-dessous.

	Nom - Prénom	Téléphone
Orthophoniste		
Psychologue		
Ergothérapeute		
Autres		
Votre enfant bénéficie-t-il d'un (entourez si c'est le cas)	P.A.I.	P.P.S.

3/ Renseignements concernant les frères ou sœurs scolarisés

Nom - Prénom	Classe	Ecole

4/ Personne à prévenir en cas de problème

(Indiquer le nom d'une deuxième personne au cas où l'on ne réussirait pas à joindre la première)

1- Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant :

Téléphone :

2- Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant :

Téléphone :

5/ Autorisation parentale

(Indispensable en cas d'accident ou de maladie à évolution rapide)

Mr ou Mme :

Autorise le Directeur de l'école primaire Sainte Bernadette – Saint Joseph de Landas ou l'enseignant ayant la charge de mon enfant, à prendre toutes les dispositions nécessaires concernant sa sécurité ou sa sauvegarde : appeler le médecin le plus proche, éventuellement, le faire hospitaliser.

Date et signature :

6/Renseignements concernant les responsables légaux de l'enfant

*** Entourez selon votre situation**

Père Autorité parentale * OUI NON

Nom : Prénom :

Situation familiale * célibataire – Marié – Pacsé – Union libre – Divorcé – Séparé - Veuf

Adresse :

Code postale : Commune :

Téléphone domicile:

Téléphone portable :

Adresse mail :

Profession :

Société :

Téléphone travail :

Mère Autorité parentale * OUI NON

Nom : Prénom :

Situation familiale * célibataire – Marié – Pacsé – Union libre – Divorcé – Séparé - Veuf

Adresse :

Code postale : Commune :

Téléphone domicile:

Téléphone portable :

Adresse mail :

Profession :

Société :

Téléphone travail :

7/ Autorisation de sortie

Je soussigné(e),

Père, mère, tuteur, de l'enfant :

- autorise mon enfant à quitter, seul, l'école à la sortie des classes.
- n'autorise pas mon enfant à quitter, seul, l'école à la sortie des classes.
- autorise les personnes désignées ci-dessous à venir chercher mon enfant à la sortie des classes

Nom : Prénom :

Tél :

Nom : Prénom :

Tél :

Nom : Prénom :

Tél :

Cochez les cases selon votre choix

Si, exceptionnellement, mon enfant devait partir avec une autre personne que celles désignées ci-dessus, je le signalerai par écrit.

Merci de signaler au maître de l'enfant tout changement survenant en cours d'année scolaire.

Fait à :,

Le :

Signature des responsables