Ecole Maternelle Saint Michel
rue Chanoine Brévier
12500 ESPALION
☎ 05.65.48.01.84

FICHE DE RENSEIGNEMENTS (Année scolaire 2026-2027)

ELEVE — CLASSE : _____

NOM : _____
Prénoms : _____ Sexe : Masculin - Féminin
Date et lieu de naissance : _____ à _____
Nationalité : _____
❑ Externe ❑ Cantine au ticket ❑ Cantine sur facturation (demi pensionnaire)
Choix du mode de paiement ❑ A l'année ❑ au trimestre ❑ mensuellement (par prélèvement sur 10 mois)
Utilise le transport scolaire : ❑ Non ❑ Oui (Nom de la compagnie de transport : _____)

PARENTS

Situation : ❑ Marié ❑ Pacsé ❑ Vie maritale ❑ Divorcé/séparé ❑ Célibataire ❑ Veuf/veuve
Nom et Prénom du responsable de l'élève : _____

NOM et prénom du Responsable 1 : _____
Adresse : _____
_____
Profession : _____
☎ domicile :_____ ☎ portable : _____ ☎ travail : _____
(Préciser si liste rouge)
IMPORTANT : dans la mesure du possible nous vous donnerons bon nombre d'informations par mail
adresse mail : _ @_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

NOM et prénom du Responsable 2 : _____
Adresse *(si différente)* : _____
_____
Profession : _____
☎ domicile :_____ ☎ portable : _____ ☎ travail : _____
(Préciser si liste rouge)
IMPORTANT : dans la mesure du possible nous vous donnerons bon nombre d'informations par mail
adresse mail : _ @_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Frères et sœurs : Nom : _____ Prénom : _____ date naissance : _____
Nom : _____ Prénom : _____ date naissance : _____
Nom : _____ Prénom : _____ date naissance : _____

Vaccinations : fournir la photocopie **des rappels obligatoires** portés sur le carnet de santé.

En cas d'urgence, prévenir :
1- _____ Téléphone : _____
2- _____ Téléphone : _____
3- _____ Téléphone : _____

Nom du médecin traitant : _____ Téléphone : _____
Adresse : _____
Lieu d'hospitalisation en cas d'urgence : _____
Contre-indications médicales éventuelles : _____
Traitement régulier contre : _____

Allergie : _____ Régime alimentaire : _____

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (cocher)

☐ Le père
☐ La mère
☐ Les grands parents……Tél. : ……..
☐ Les frères et sœurs ……
☐ Autres : ……

Signature du responsable légal,

Pensez à signer! Merci!

DELEGATION DE POUVOIRS EN CAS D'URGENCE

Je sousigné(e) …….. demeurant à l'adresse indiquée au dos, autorise le directeur de l'établissement scolaire ou, en son absence, l'enseignant ayant délégation, à prendre, en cas d'urgence, toutes décisions de transport, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale jugées indispensables par le médecin appelé, en raison de l'état de santé de mon enfant.

Cette autorisation vaut, en cas d'impossibilité, soit de me joindre (ou de joindre mon conjoint, ou …… dont le numéro de téléphone est indiqué au recto), soit d'obtenir l'avis de notre médecin de famille dont le nom est indiqué au dos.

Fait à …… le …….
*Signature du père, de la mère ou de la personne responsable de l'enfant**

Pensez à signer! Merci!

AUTORISATION DE TRANSPORT

Je soussigné(e) …….. autorise mon fils - ma fille ……..à utiliser les moyens de transport nécessités pour les déplacements qui ont lieu dans le cadre des activités scolaire.

Fait à …… le …….
*Signature du père, de la mère ou de la personne responsable de l'enfant**

Pensez à signer! Merci!

ACCEPTATION REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné, M ou Mme .....
responsable légal de l'enfant ..... reconnais avoir pris connaissance et signé :

❑ le règlement intérieur de l'école

J'accepte l'ensemble des dispositions du règlement.

A …… Le…….

Signature,

Pensez à signer!