



Ecole maternelle
9 rue du Château-Jouan
37320 Truyes
Tel : 02 47 43 46 86

ecm-truyes@ac-orleans-tours.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom : _____ Prénom : _____ Fille / Garçon

Date de naissance : ___ / ___ / ___ Lieu de naissance : _____

Responsables légaux :
mère / père

Nom : _____ Prénom : _____ Profession : _____

mère / père

Nom : _____ Prénom : _____ Profession : _____

Situation familiale : (Merci de préciser en cas de parents séparés l'organisation pour la garde de l'enfant.)

Frères et sœurs :

Nombre d'enfant(s) dans la famille : ____

Nom, Prénom et date de naissance des frères et sœurs de l'élève :

- _____ Fille / Garçon
- _____ Fille / Garçon
- _____ Fille / Garçon

Santé : Vous pouvez noter les informations que vous jugez nécessaire de porter à la connaissance de l'école : port de lunettes, allergies...

Les habitudes de sommeil et de sieste de l'enfant :

Cantine : oui / non
Tous les jours / Planning

ALSH : oui / non
Matin / soir

Avant d'entrer à l'école, qui gardait l'enfant ? parents / assistante maternelle / crèche.

où? _____

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS*

Nom de l'établissement _____ Année scolaire _____

NOM : _____ Prénom : _____

Classe : _____ Date de naissance : _____

Nom et adresse du père ou du représentant légal : _____

Nom et adresse de la mère ou du représentant légal : _____

N° de Sécurité Sociale (INSEE) : _____ Clé : _____

Adresse du centre de sécurité sociale et Mutuelle : _____

Nom et adresse de l'assurance scolaire : _____

N° du contrat d'adhésion : _____

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1 N° de téléphone du domicile _____

2 N° du travail du père _____ Portable _____

3 N° du travail de la mère _____ Portable _____

4 Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement et/ou de venir chercher votre enfant _____

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Date du dernier rappel de **vaccin anti Diphtérie-Tétanos-Polio-** (DTP-) : _____
(pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugerez utile de porter à la connaissance de l'établissement (existence d'une **pathologie durable** ; d'une **allergie alimentaire** ou médicamenteuse ; d'un traitement au long cours ; ou d'un **handicap** pouvant retentir sur la scolarité) :

Les **informations confidentielles** seront jointes dans une enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmier(e) de l'Education Nationale.

Nom, Adresse et N° de Téléphone du **Médecin Traitant** :

MERCI DE SIGNALER TOUT CHANGEMENT EN COURS D'ANNEE

(*) DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.
Ref : loi n°2002-303 du 4 mars 2002/note MEN du 06/07/04

