



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

[ecm-truyes@ac-orleans-tours.fr](mailto: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?** \_\_\_\_\_

<b>FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS*</b>
---

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

