**Documents à compléter et à rendre**

**par mail.**

**(**[**eco56.nd.la-trinite-sur-mer@enseignement-catholique.bzh**](mailto:eco56.nd.la-trinite-sur-mer@enseignement-catholique.bzh)**)**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

NOM de l’élève:................................................Prénom:.................................Classe :…………

Date et lieu de naissance:........................................................................................

Adresse complète: N°....................................Rue:...................................................................

Ville:........................................................

N° Téléphone: Domicile:.............................................../Travail:..............................................

Portable(mère) :……………………………….. Portable(père) :……………………….

Autre :………………………. …………..

Courrier électronique :…………………………………………………..………….…@……………………………………….

L’élève est baptisé(e), oui  non 

===================================================================

Nom et prénom du père:.........................................................

Profession:..............................................

Nom et prénom de la mère:.........................................................

Profession:............…………………….

Nombre d’enfants dans la famille:..............

Leur prénom: 1).......................2).......................3).......................4).......................5).......................

Date de naissance: 1)......................2)........................3)......................4)........................5).....................

*Dossier médical confidentiel*

**Médecin traitant**

Nom :.........................................................…………………………………………………

Adresse :……………………………………………………………………………………

Tél :……………………………………

**Observations éventuelles sur la santé de l’enfant**

**(Veuillez indiquer précisément les allergies médicamenteuses et particulières, les régimes alimentaires imposés ou toute autre information importante à connaître)**

…………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

***Procédure appliquée par l’école en cas d’accident ou de problème de santé.***

* Parents appelés ou prévenus.
* Médecin traitant appelé.
* En l’absence du médecin traitant, appel à un autre médecin.
* Selon l’urgence l’école peut faire appel aux pompiers ou/et au SAMU même si les parents ou le médecin n’ont pu être joints.

(Sauf avis contraire, l’enfant est conduit au service des urgences le plus proche.)

**Autorisation pour intervention médicale.**

**Cadre scolaire, sorties éducatives**

Je soussigné(e), Monsieur, Madame\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parents de l’élève :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

autorisent la directrice de l’école ou ses adjoints à faire pratiquer tout acte médical ou chirurgical en cas d’absolue nécessité.

Date :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature

**Autorisation du droit à l'image**

Je soussigné(e),

Monsieur, Madame\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parents de l’élève :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En classe de :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

autorisent  n'autorisent pas 

l'école Notre Dame à utiliser les images ou tous documents sur lesquels pourrait figurer leur enfant.

**(blog, site de l’école, panneau extérieur, page facebook de l’Apel ….)**

Date :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature(s) :

**Autorisation de prise en charge**

Je soussigné(e), Mr, Mme ……………………………………………………

parents ou représentant légal de l'élève :

NOM : ……………………….. Prénom : …………………….. Classe : …………….

autorisent Mr, Mme …………………………….à le prendre en charge à la sortie de l'école.

………………………………….

………………………………….

………………………………….

………………………………….

**L’enfant est-il, est-elle autorisé(e) à quitter seul(e) l’école ? (midi et soir)**

**OUI  NON **

Signature des parents ou du responsable légal

**Justification d'absence**

NOM de l’élève:................................................Prénom:.................................Classe :…………

Date du premier jour de l'absence:.....................................................................

Date du retour : ........................................................................................

Motif de l'absence :

Signature des parents ou du responsable légal :