

Ecole Victor Hugo
Rue des Sports
56450 SURZUR
02 97 42 12 32
ec.0560492f@ac-rennes.fr

Fiche de renseignements Elémentaire

Année scolaire **2024/2025**

Niveau : _____

Classe : _____

ÉLÈVE

NOM : _____

Prénom(s) : _____ / _____ / _____ Sexe : M F

NOM d'usage : _____

Né-e le : __ / __ / __

Lieu de naissance (commune et département) : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

Mère NOM : _____

Prénom : _____

NOM d'usage (si différent) : _____

Profession : _____

Autorité parentale : Oui Non

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____

Adresse mail : _____

L'élève habite à cette adresse : Oui Non

Père

NOM : _____

Prénom : _____

Profession : _____

Autorité parentale : Oui Non

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____

Adresse mail : _____

L'élève habite à cette adresse : Oui Non

Autre responsable légal (personne physique ou morale)

Autorité parentale : Oui Non

NOM et/ou organisme : _____ Lien avec l'élève : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____

Adresse mail : _____

L'élève habite à cette adresse : Oui Non

SERVICES PERISCOLAIRES SI FREQUENTATION REGULIERE

	Oui / Non	Préciser jours		Oui / Non	Préciser jours
Restaurant scolaire			Garderie matin		
Transport scolaire			Garderie soir		

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ELEVE À LA SORTIE

NOM : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'élève : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____

NOM : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'élève : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____

FRATRIES

	Nom	Prénom	Date de naissance		Nom	Prénom	Date de naissance
1				4			
2				5			
3				6			

ASSURANCE DE L'ELEVE

Responsabilité civile : Oui Non Individuelle Accident : Oui Non

Compagnie d'assurance: _____ Numéro de police d'assurance : _____

IMPORTANT : AUTORISATION COMMUNICATION ADRESSES MAILS

Mère J'accepte de communiquer mon adresse mail aux représentants des parents d'élèves au conseil d'école
 J'accepte de communiquer mon adresse mail à l'Amicale « Les enfants d'Abord ».

Père J'accepte de communiquer mon adresse mail aux représentants des parents d'élèves au conseil d'école
 J'accepte de communiquer mon adresse mail à l'Amicale « Les enfants d'Abord ».

Votre enfant porte-il des lunettes?Doit-il les porter en permanence?.....

Si votre enfant a un problème médical constant (asthme, allergie...), quelles sont les précautions à prendre ?

.....

Autres renseignements utiles concernant la santé de votre enfant

.....

Merci de contacter la directrice pour établir un Projet d'Accueil Individualisé si besoin.

Le personnel de l'école n'est pas autorisé à donner des médicaments aux enfants sans PAI.

Nous nous engageons à signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date : _____ Signature de la mère : _____ Signature du père : _____

Les renseignements fournis serviront à compléter le logiciel de gestion ONDE

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, ou concernant vos enfants, et exercer vos droits d'accès, de rectification et de limitation que vous tenez des articles 15, 16 et 18 du RGPD, sur place, par voie postale ou par voie électronique auprès du directeur d'école, de l'inspecteur de l'éducation nationale de la circonscription ou du directeur académique des services de l'éducation nationale agissant sur délégation du recteur d'académie. Il en va de même de l'exercice des droits prévus à l'article 40-1 de la loi n°75-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.