

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Ecole Saint-Paul à St-Clair-du-Rhone

Année Scolaire

2025/ 2026

1. L'ENFANT

Nom

Prénom

Date de Naissance

Lieu de Naissance

Adresse du Domicile de l'enfant

Photo de l'enfant

Adresse Mail du Représentant Légal (Obligatoire)

Classe fréquentée cette année (entourner)

Classe fréquentée l'année prochaine (entourner)

TPS PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

TPS PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

Enseignant de référence (entourner)

Delphine CORTES - Gwenaelle ROMANET - Marie GRIOTIER - Noémie FRENAY

2. LA SANTE

Nom de son médecin traitant:

Tel:

Adresse

La vue de l'enfant a été vérifié:

Oui

Non

Obs:

L'audition de l'enfant a été vérifié:

Oui

Non

Obs:

L'enfant porte des lunettes:

Oui

Non

Tout le temps

Juste en classe

L'enfant a des allergies:

Oui

Non

Lesquelles

(Alimentaire, Maladie,... si besoin de prise médicaments, merci de fournir une ordonnance de votre médecin)

L'enfant est vacciné:

BCG

DTpolio

(Préciser les dates et fournir les photocopies du carnet de santé)

Autres informations à porter à la connaissance des enseignants:

Personnes à joindre pendant les heures de classe

Nom

N° de téléphone

AUTORISATION

Je soussigné

parents ou représentant légal de l'enfant,

autorise la directrice et les enseignants de l'école St-Paul à prendre toutes les dispositions nécessaires concernant mon enfant en cas d'accident ou de malaise.

Date et signature				
3. SA VIE D'ECOLIER				
Date d'arrivée à l'école Saint-Paul:				
Nom et Adresse de l'école précédente:				
L'enfant fréquente la garderie du matin	Oui	Occasionnellement	Souvent	Non
L'enfant fréquente la garderie du soir	Oui	Occasionnellement	Souvent	Non
L'enfant fréquente la cantine	Oui	Occasionnellement	Souvent	Non
L'enfant fait la sieste	Oui	Occasionnellement	Souvent	Non
L'enfant fréquente la garderie du matin	Oui	Occasionnellement	Souvent	Non
Il utilise principalement sa main	Gauche		Droite	
Il a été suivi par un orthophoniste			Oui	Non
Si oui indiquer la période et joindre les bilans				
Il a été suivi au CMP, CMPP, SESSAD,....			Oui	Non
Si oui indiquer la période et joindre les bilans				
Un autre suivie a été mis en place, préciser			Oui	Non
Si oui indiquer la période et joindre les bilans				
4. SA FAMILLE				
Ses parents				
	MERE		PÈRE	
Nom				
Prénom				
Adresse				
Téléphone Fixe				
Téléphone Portable				
Profession				
Nom de l'employeur				
Téléphone Employeur				
Situation Familiale :	Veuf Veuve	Divorcés Séparés	Célibataire	Mariés Vie Maritale
Ses frères et sœurs				
Noms et Prénoms		Date de Naissance	Ecole ou Profession	
5. SON ASSURANCE SCOLAIRE (Si autre que l'assurance proposée par l'école, merci de fournir une attestation OBLIGATOIRE)				

Nom de la société d'assurance

N° de contrat: