

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS ELEVE

## Année 2025-2026

### Etat civil

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

### Renseignements scolaires pour l'année 2025-2026

Déplacements école / commune :

Je soussigné(e) (nom, prénom) : .....

Père, mère, tuteur (barrer les mentions inutiles), déclare autoriser mon enfant à participer aux sorties organisées par l'école pendant l'année scolaire 2025-2026 : mairie, bibliothèque, installations sportives, promenades à **La Mulatière**.

J'autorise les accompagnateurs responsables à faire donner tous les soins ou pratiquer toute intervention chirurgicale urgente à mon enfant, en cas de nécessité constatée par un médecin.

Autorisation de l'image / de la voix :

Je soussigné(e) (nom, prénom) : .....

Père, mère, tuteur (barrer les mentions inutiles), déclare autoriser que mon enfant soit photographié et/ou enregistré dans le cadre des activités organisées par l'école et que les photos/enregistrements puissent être utilisés en classe, à l'école, dans le journal de la commune, sur le site internet de l'école et sur les plateformes utilisées par les classes pendant l'année scolaire 2025-2026. Ceci dans le but de promouvoir l'école et de communiquer la vie des classes.

Je peux retirer mon autorisation par écrit à tout moment.

Catéchèse :

***Le caractère propre de l'école Notre-Dame du Confluent induit que tous les enfants suivent les séances de culture chrétienne.***

☐ Mon enfant est baptisé, **il participe** aux temps de prière.

☐ Mon enfant n'est pas baptisé, ☐ **il participe** aux temps de prière.

☐ **il ne participe pas** aux temps de prière.

# Dossier santé

*En cas de maladie ou de nécessité de soins sans gravité, la famille est avertie.*

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

Si votre enfant souffre d'une maladie chronique (asthme, allergie ou intolérance alimentaire, épilepsie, etc.), vous devez demander la rédaction d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) à votre médecin traitant.

PAI : ☐ Oui ☐ Non

Allergies : .....

Autres problèmes de santé : .....

## Prise(s) en charge extérieure(s)

Votre enfant est-il suivi par un spécialiste (orthophoniste, psychologue, psychomotricien, pédopsychiatre, etc.) ? A quelle fréquence ?

<u>Spécialiste</u>	<u>NOM</u>	<u>Numéro de téléphone</u>

## Établissement fréquenté en 2024-2025

Nom : .....

Adresse : .....

Type : ☐ Privé ☐ Public Classe : .....

**Je m'engage à signaler en cours d'année tout changement modifiant les informations ci-dessus.**

**A ....., le .....**

**Signature du responsable légal 1 :      Signature du responsable légal 2 :**