



2, rue Clément Mulat  
69350 LA MULATIERE  
04.78.51.72.52.  
direction@notredameduconfluent.fr

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS ELEVE

## Année 2026-2027

### Etat civil

Nom : .....

Prénom : .....

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

### Renseignements scolaires pour l'année 2026-2027

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 2026-2027 : mairie, bibliothèque, installations sportives, déplacements dans **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 2026-2027. 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** à l'éveil à la foi/la catéchèse.

Mon enfant n'est pas baptisé,  **il participe** à l'éveil à la foi/la catéchèse.

**il ne participe pas** à l'éveil à la foi/la catéchèse.



# 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 2025-2026

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 :**