





En cas de changements d'informations, merci de les modifier en rouge

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### INFORMATIONS GENERALES DE L'ENFANT

NOM				Classe
Prénom(s)				
Date de naissance				
Lieu de naissance	Ville	Département	Pays	
Sexe	Féminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/>		
Nom et adresse de l'établissement fréquenté avant pour les nouveaux élèves :				

### INFORMATIONS PARENTALES

<b>Parent 1</b>				
NOM Prénom			①	
<b>Parent 2</b>				
NOM Prénom			①	

### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Adresse principale :	<input type="checkbox"/> Familiale	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Autre
Autorité parentale :	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Conjointe	
En cas de séparation, type de garde :	<input type="checkbox"/> Alternée	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	

### AUTORISATIONS PARENTALES

J'autorise mon enfant à <b>sortir seul(e)</b> de l'établissement :		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Avec fratrie :
J'autorise mon enfant à <b>être récupéré(e)</b> par :		
NOM Prénom :	Lien :	① :
NOM Prénom :	Lien :	① :
NOM Prénom :	Lien :	① :
<input type="checkbox"/> J'autorise mon enfant à <b>participer aux différentes sorties organisées</b> dans le cadre de sa classe, par l'Ecole Notre Dame des Minimes, au cours de l'année scolaire.		
<input type="checkbox"/> J'autorise l'établissement à <b>transmettre mes coordonnées téléphoniques</b> aux parents correspondants et/ou parents de la classe.		
<input type="checkbox"/> J'autorise l'établissement à <b>transmettre mes coordonnées mails</b> aux parents correspondants et/ou parents de la classe.		

### SIGNATURES

	Parent 1	Parent 2
2026/2027		
2027/2028		
2028/2029		
2029/2030		
2030/2031		
2031/2032		
2032/2033		
2033/2034		



En cas de changements d'informations, merci de les modifier en rouge



## Dossier Médical

**Joindre les copies du carnet de vaccination**

**Date du dernier vaccin antitétanique** \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il un aménagement scolaire particulier ?					Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
PPRE	PPS	PAP	PAI	Autre				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>Observations particulières médicales ou comportementales</b> que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'Établissement ou pour une intervention médicale nécessaire :								
Contre-indication								
Traitement en cours								
Prise de médicaments spécifiques								
Anomalies, Maladies								
Accidents								
Hospitalisations								
Opérations								
Allergies								
Port de lunettes								
Autres								
<b>Personnes à joindre en cas d'URGENCE</b>								
Responsable Légal 1								
Responsable Légal 2								
Autre personne à contacter								
Nom et lien avec l'enfant								
<p>En cas d'accident ou de maladie, l'établissement averti rapidement la famille et/ou les services de secours qui prendront les décisions nécessaires. Si l'élève accidenté ou malade est transporté par les services de secours d'urgence vers une structure hospitalière adaptée et que la famille n'est pas présente au moment de leur départ, l'élève mineur sera accompagné par un adulte de l'établissement, dans la mesure du possible. Il remettra aux services de secours cette fiche afin de les informer de tous les éléments indispensables à une prise en charge dans un cadre hospitalier (attention, un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné d'un parent).</p>								
<b>Nom du MÉDECIN TRAITANT et Ville</b>								
								
<p>Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence.</p> <p>Elles sont susceptibles d'être transmises :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- au service médical de l'établissement, aux services médicaux d'urgence, en tant que de besoin aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés et dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPS, ...) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et para-médicaux, ...)</li> </ul> <p>Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI ou au titre du PPS dont il bénéficie.</p> <p><b>Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.</b></p>								

