

ÉCOLE / CLASSE

VISSOIX <input type="checkbox"/>	MONTCHAMP <input type="checkbox"/>	VASSY <input type="checkbox"/>
PS <input type="checkbox"/>	MS <input type="checkbox"/>	GS <input type="checkbox"/>
CP <input type="checkbox"/>	CE1 <input type="checkbox"/>	CE2 <input type="checkbox"/>
CM1 <input type="checkbox"/>	CM2 <input type="checkbox"/>	

ÉLÈVE

Nom	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Prénom	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Sexe	<input type="checkbox"/> FÉMININ <input type="checkbox"/> MASCULIN		
Date de naissance	/ /	Lieu Naissance	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Adresse	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Code postal	<input style="width: 45%;" type="text"/>	Ville	<input style="width: 45%;" type="text"/>
Allocataire	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA Nom et N° allocataire <input style="width: 95%;" type="text"/>		

FAMILLE

RESPONSABLE 1 - AUTORITÉ PARENTALE OUI NON

Nom	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Prénom	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Date de naissance	/ /	Lieu Naissance	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Adresse	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Code postal	<input style="width: 45%;" type="text"/>	Ville	<input style="width: 45%;" type="text"/>
☎ domicile	<input style="width: 45%;" type="text"/>	☎ portable	<input style="width: 45%;" type="text"/>
E-mail (obligatoire)	@		
Travail (nom employeur)	<input style="width: 45%;" type="text"/>	☎ travail	<input style="width: 45%;" type="text"/>
Adresse employeur	<input style="width: 95%;" type="text"/>		

RESPONSABLE 2 - AUTORITÉ PARENTALE OUI NON

Nom	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Prénom	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Date de naissance	/ /	Lieu Naissance	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Adresse	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Code postal	<input style="width: 45%;" type="text"/>	Ville	<input style="width: 45%;" type="text"/>
☎ domicile	<input style="width: 45%;" type="text"/>	☎ portable	<input style="width: 45%;" type="text"/>
E-mail (obligatoire)	@		
Travail (nom employeur)	<input style="width: 45%;" type="text"/>	☎ travail	<input style="width: 45%;" type="text"/>
Adresse employeur	<input style="width: 95%;" type="text"/>		

OU FAMILLE D'ACCUEIL

Nom	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Prénom	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Adresse	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Code Postal	<input style="width: 45%;" type="text"/>	Ville	<input style="width: 45%;" type="text"/>
☎ domicile	<input style="width: 45%;" type="text"/>	☎ portable	<input style="width: 45%;" type="text"/>
E-mail	@		

PERSONNES AUTORISÉES A ETRE PRÉVENUES EN CAS D'URGENCE ET A RECUPERER MON ENFANT

NOM PRÉNOM	☎	LIEN AVEC L'ENFANT
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Si garde exclusive confiée à la mère / au père , joindre une copie du jugement.

ASSURANCE SCOLAIRE ET PÉRISCOLAIRE

Responsabilité civile : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Individuelle accident: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Compagnie <input style="width: 95%;" type="text"/>	N° contrat <input style="width: 95%;" type="text"/>

Le signataire de ce document déclare exact l'ensemble des données portées sur cette fiche.

Le signataire de ce document reconnaît avoir été informé de la création d'un fichier informatisé contenant ces informations et donne son consentement au traitement de ses données personnelles.

Fait à _____, le _____	
Signature responsable 1 ou famille d'accueil	Signature responsable 2