



ACADEMIE DE LYON ECOLE PRIMAIRE PUBLIQUE DE LIMONEST ECOLE ANTOINE GODARD



CLASSE :

Nom :	Adresse :
Prénom 1 :	
Prénom 2 :	Code Postal :
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Commune :
Né(e) le : / / à	
Département :	Pays :

RESPONSABLES LEGAUX

MERE : Nom de jeune fille :

Nom d'usage :	Adresse :
Prénom :	
Courriel @ :	Code Postal :
Autorité Parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Commune :
Profession :	Tél. Domicile :
Tél. Travail : n°poste :	Tél. Portable :

PERE : Nom :

	Adresse :
Prénom :	
Courriel @ :	Code Postal :
Autorité Parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Commune :
Profession :	Tél. Domicile :
Tél. Travail : n°poste :	Tél. Portable :

AUTRE RESPONSABLE LEGAL

Organisme :		
Personne Référente :	Adresse :	
Fonction :		
Courriel @ :	Code Postal :	
Autorité Parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Commune :	
	Tél. Domicile :	
Tél. Travail : n°poste :	Tél. Portable :	

PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE

	A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/>	Autorisé à prendre l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom :	Adresse :	
Lien avec l'enfant :		
Courriel @ :	Code Postal :	
Autorité Parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Commune :	
	Tél. Domicile :	
Tél. Travail : n°poste :	Tél. Portable :	

INFORMATIONS PERISCOLAIRES

Garderie du matin	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Garderie Soir	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Etudes Surveillées	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Restaurant Scolaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Déplacement Domicile-Ecole	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Transport Scolaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité Civile	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Individuelle Accident	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Compagnie d'assurance :	N° Police Assurance :				

AUTORISATION (à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes)

MERE : Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves (ne cocher qu'en cas de refus)

PERE : Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves (ne cocher qu'en cas de refus)

Je m'engage à signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche

Date : _____ Signature : _____ Signature : _____

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (art 34 de la loi Inf. et Libertés)