



École
Sainte Philomène

Photo

2, rue du stade - Cellule
63200 Chambaron sur Morge
04 73 97 26 90
ecole.saintephilomene@orange.fr

Élève

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : M F

Date de Naissance : ____ / ____ / ____

Lieu de naissance : _____

Nationalité : _____

Responsable(s) légal(aux)

• Père et Mère • Père • Mère • Autre : _____

Adresse du domicile de l'enfant :

• Père et Mère • Père • Mère • Autre : _____

Mère

Nom d'usage : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Tél. fixe : _____ Portable : _____

Courriel : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Situation familiale : mariée, pacsée, divorcée, séparée, veuve, célibataire, concubine

Profession : _____

Catégorie socioprofessionnelle : _____ Code : _____

Père

Nom : _____

Prénom : _____

Tél. fixe : _____ Portable : _____

Courriel : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Situation familiale : marié pacsé divorcé séparé veuf célibataire concubin

Profession : _____

Catégorie socioprofessionnelle : _____ Code : _____

Autres personnes à joindre

En cas d'urgence

Nom _____ Tel : _____

Nom _____ Tel : _____

Si autre responsable légal

Famille d'accueil :

Nom : _____

Prénom : _____

Tél. fixe : _____ Portable : _____

Courriel : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Situation familiale : _____

Profession : _____

Catégorie socioprofessionnelle : _____ Code : _____

Frères et sœurs

1°) NOM : _____ Prénom : _____

né(e) le _____ / _____ / _____

Classe : _____

2°) NOM : _____ Prénom : _____

né(e) le _____ / _____ / _____

Classe : _____

3°) NOM : _____ Prénom : _____

né(e) le _____ / _____ / _____

Classe : _____

École d'origine

Si l'enfant a déjà été scolarisé,

Nom de l'établissement : _____

Tél : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Dernière classe fréquentée : _____ durant l'année scolaire 20 ___ / 20 ___

Si redoublement, indiquez la classe redoublée : _____

Santé

Photocopies des pages des vaccins à fournir.

Renseignements complémentaires (allergies alimentaires, asthme, maladies chroniques, suivi thérapeutique, autre) :

Les renseignements portés sur cette fiche sont confidentiels et réservés à un usage interne à l'école.

Enquête

A confirmer à la rentrée scolaire.

1- Votre enfant fréquentera-t-il

• le restaurant scolaire ? Oui Non

• la garderie du matin ? Oui Non

• la garderie du soir ? Oui Non

2- Votre enfant participera-t-il aux propositions pastorales ?

* célébrations sur le temps scolaire Oui Non

* temps d'éveil à la foi hors du temps scolaire Oui Non

3- Si votre enfant entre en petite section de maternelle, vous souhaitez qu'il fréquente l'école :

• seulement le matin • toute la journée

ATTENTION : si vous souhaitez ne scolariser votre enfant que le matin, une demande devra être faite en début d'année scolaire à la directrice de l'école.

Fait à _____, le _____

Signature de tous les responsables légaux :