

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : 2026-2027

Niveau :



ELEVE

NOM : _____ Sexe : M * F *
 Prénom (s) : _____ / _____ / _____
 Né(e) le : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : (commune et département) _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____

RESPONSABLES LEGAUX

Responsable légal 1 Autorité parentale : oui ☐ non ☐

NOM : _____ NOM marital ou nom d'usage : _____
 Prénom : _____
 Né le : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : (commune et département) : _____
 Adresse : (si différente) _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Profession : _____ Code profession : _____
 Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
 Téléphone travail : _____ Courriel : _____ @ _____

Responsable légal 2 Autorité parentale : oui ☐ non ☐

NOM : _____ NOM marital ou nom d'usage : _____
 Prénom : _____
 Né le : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : (commune et département) : _____
 Adresse : (si différente) _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Profession : _____ Code profession : _____
 Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
 Téléphone travail : _____ Courriel : _____ @ _____

- | | | | |
|--|--|---|---|
| 10 Agriculteur exploitant. | 43 Intermédiaire santé et social. | 56 Services directs aux particuliers. | 74 Retraité cadre. |
| 21 Artisan. | 44 Clergé/Religieux. | 62 Ouvrier qualifié dans l'industrie. | 75 Retraité profession intermédiaire. |
| 22 Commerçant. | 45 Intermédiaire admin. fonction publique. | 63 Ouvrier qualifié dans l'artisanat. | 77 Retraité employé. |
| 23 Chef d'entreprise (10 salariés et +). | 46 Intermédiaire admin. commerce entreprise. | 64 Chauffeur. | 78 Retraité ouvrier. |
| 31 Profession libérale. | 47 Technicien. | 65 Ouvrier qualifié manut. Magasin. transp. | 81 Chômeur n'ayant jamais travaillé. |
| 33 Cadre de la Fonction Publique. | 48 Contremaître/Agent de maîtrise. | 67 Ouvrier non qualifié dans l'industrie. | 83 Militaire du contingent. |
| 34 Professeurs/Profession scientifique. | 52 Employé civil/Agent fonction publique. | 68 Ouvrier non qualifié dans l'artisanat. | 84 Elève/Étudiant. |
| 35 Profession information-arts-spectacles. | 53 Policier/Militaire. | 69 Ouvrier agricole. | 85 Sans profession -60 ans (hors retraité). |
| 37 Cadre admin./Commercial d'entreprise. | 54 Employé administratif d'entreprise. | 71 Retraité agriculteur exploitant. | 86 Sans profession +60 ans (hors retraité). |
| 38 ingénieur/Cadre technique d'entreprise. | 55 Employé de commerce. | 72 Retraité artisan-commerçant-chef entreprise. | 99 Non renseignée (inconnue ou sans objet). |
| 42 Professeur des écoles/Instituteur. | | | |

Parents : Mariés / Divorcés / Séparés / Célibataire / vie maritale / Pacsés

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

Responsable 1 : ☐ Je ne désire pas communiquer mon adresse mail à l'association de parents d'élèves.
☐ Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires

Responsable 2 : ☐ Je ne désire pas communiquer mon adresse mail à l'association de parents d'élèves.
☐ Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires

Certaines données renseignées sur cette fiche seront prises en compte par le directeur d'école dans le logiciel de l'Education Nationale « onde 1^{er} degré ».

PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE (*autres que les parents*)

NOM : _____ Prénom : _____ * à appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ * autorisé à prendre l'enfant
Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

NOM : _____ Prénom : _____ * à appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ * autorisé à prendre l'enfant
Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

NOM : _____ Prénom : _____ * à appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ * autorisé à prendre l'enfant
Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

OBSERVATIONS DIVERSES IMPORTANTES A NOUS SIGNALER (santé, allergie, lunettes, ..)

Médecin traitant : _____ n° de téléphone : _____

ASSURANCE DE L'ENFANT

- ☐ Assurance (responsabilité civile et individuelle
accident) : NOM et N°
- ☐ Mutuelle Saint Christophe (proposée par l'école)

Nous certifions que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et nous nous engageons à signaler par courrier ou courriel tout changement (déménagement, n° de téléphone, situation familiale...).

Fait à _____, le ____/____/2026

Signature du responsable 1 :

Signature du responsable 2 :