



NOM, PRÉNOM ENFANT :

Sexe : Féminin Masculin

Date et lieu de naissance :

Niveau Scolaire :

**Destiné à la
Mairie**

Service Education

LE RESPONSABLE LÉGAL 1

AUTORITÉ PARENTALE OUI NON

Père Mère Tuteur (trice) Date de naissance :/...../.....

Marié(e) Union libre Pacsé(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Célibataire

Nom : Prénom :

Conjoint(e) (si différent du Responsable légal 2) : Nom : Prénom :

Adresse : N° Rue : Bât. : App. :

Code Postal : Commune :

Profession : Employeur :

Tél. fixe : Tél. portable : Tél. pro. :

Courriel :@.....

LE RESPONSABLE LÉGAL 2

AUTORITÉ PARENTALE OUI NON

Père Mère Tuteur (trice) Date de naissance :/...../.....

Marié(e) Union libre Pacsé(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Célibataire

Nom : Prénom :

Conjoint(e) (si différent du Responsable légal 2) : Nom : Prénom :

Adresse : N° Rue : Bât. : App. :

Code Postal : Commune :

Profession : Employeur :

Tél. fixe : Tél. portable : Tél. pro. :

Courriel :@.....

LA SITUATION FAMILIALE

Si les adresses sont différentes, la résidence habituelle de l'enfant à été fixée par :

Jugement du JAF Procédure en cours Entente réciproque

Nom, prénom et téléphone de la personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom, adresse et tel du médecin de famille :

Nom et Numéro d'Assurance :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté, la famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Mr et/ou Mme : autorisons l'anesthésie de notre fils/fille : au cas où victime d'un accident ou d'une maladie aigus à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale .

FRERES ET SOEURS

| NOM Prénom : | Etablissement : | Classe : |
|--------------|-----------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Fait le :/...../.....
Signature du responsable légal