



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## IDENTITE DE L'ENFANT



Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

## IDENTITE DES PARENTS



Père : .....

Mère: .....

→ Père : (1) .....

(2) .....



→ Mère : (1) .....

(2) .....

## PLANNING DE LA SEMAINE



### Lundi

- Je retourne à 15h25 avec .....
- Je vais à l'étude
- Je vais à la garderie
- Je prends le bus
- Je rentre seul le midi ○ , le soir ○

### Mardi

- Je retourne à 15h25 avec .....
- Je vais à l'étude
- Je vais à la garderie
- Je prends le bus
- Je rentre seul le midi ○ , le soir ○

### Mercredi

- Je retourne à 12h05 avec .....
- Je prends le bus
- Je rentre seul

### Jeudi

- Je retourne à 15h25 avec .....
- Je vais à l'étude
- Je vais à la garderie
- Je prends le bus
- Je rentre seul le midi ○ , le soir ○

### Vendredi

- Je retourne à 15h25 avec .....
- Je vais à la garderie
- Je prends le bus
- Je rentre seul le midi ○ , le soir ○

## SANTE



**Port de lunettes :**  OUI  NON

→ Si OUI, merci de nous préciser si votre enfant doit garder ses lunettes durant les récréations  OUI  NON

**Traitement médical** (ex : traitement de l'asthme) :

Pour tout traitement médical à administrer à votre enfant sur le temps scolaire, merci de nous faire parvenir une demande écrite et un double de l'ordonnance du médecin.

**Aucun traitement ne sera administré sans ces documents.**

**Médecin traitant :**

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**Allergies éventuelles :**

- .....
- .....

**URGENT**

## EN CAS D'URGENCE

Personnes à prévenir si on ne parvient pas à vous joindre

➔ Nom et tél : .....

➔ Nom et tél : .....

➔ Nom et tél : .....

➔ Nom et tél : .....



Toute modification des renseignements ci-dessus doit être signalée au plus tôt à l'école.

Signatures des parents :



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## IDENTITE DE L'ENFANT



Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

## IDENTITE DES PARENTS



Père : .....

Mère: .....

→ Père : (1) .....

(2) .....



→ Mère : (1) .....

(2) .....

## PLANNING DE LA SEMAINE



### Lundi

- Je retourne à 15h25 avec .....
- Je vais à l'étude
- Je vais à la garderie
- Je prends le bus
- Je rentre seul le midi  , le soir

### Mardi

- Je retourne à 15h25 avec .....
- Je vais à l'étude
- Je vais à la garderie
- Je prends le bus
- Je rentre seul le midi  , le soir

### Mercredi

- Je retourne à 12h05 avec .....
- Je prends le bus
- Je rentre seul

### Jeudi

- Je retourne à 15h25 avec .....
- Je vais à l'étude
- Je vais à la garderie
- Je prends le bus
- Je rentre seul le midi  , le soir

### Vendredi

- Je retourne à 15h25 avec .....
- Je vais à la garderie
- Je prends le bus
- Je rentre seul le midi  , le soir

## SANTE



**Port de lunettes :**  OUI  NON

→ Si OUI, merci de nous préciser si votre enfant doit garder ses lunettes durant les récréations  OUI  NON

**Traitement médical** (ex : traitement de l'asthme) :

Pour tout traitement médical à administrer à votre enfant sur le temps scolaire, merci de nous faire parvenir une demande écrite et un double de l'ordonnance du médecin.

**Aucun traitement ne sera administré sans ces documents.**

**Médecin traitant :**

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**Allergies éventuelles :**

- .....
- .....



## EN CAS D'URGENCE

Personnes à prévenir si on ne parvient pas à vous joindre

➔ Nom et tél : .....

➔ Nom et tél : .....

➔ Nom et tél : .....

➔ Nom et tél : .....



Toute modification des renseignements ci-dessus doit être signalée au plus tôt à l'école.

Signatures des parents :