

Identité de l'élève	
Nom	Prénom Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Adresse de résidence	
Commune de résidence	
Date de naissance	Classe
Etablissement scolaire	ECOLE PUBLIQUE LES QUATRE SAISONS

Merci de fournir soit votre n° d'allocataire CAF ou attestation CAF/MSA datant de moins de 2 mois

QUOTIENT FAMILIAL	
Régime allocataire : CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
N° allocataire CAF/MSA :
Quotient familial :	Tranche <input style="width: 50px;" type="text"/>

	Responsable (Parent 1 /Tuteur)	Responsable (Parent 2 / Tuteur)
Nom		
Prénom		
Adresse		
Téléphone fixe		
Téléphone portable		
Adresse mail		
Profession		
Nom et adresse de l'employeur		
Téléphone travail		

AUTRES ENFANTS

	NOM	PRENOM	Date de naissance
1 ^{er} enfant		/...../.....
2 ^e enfant		/...../.....
3 ^e enfant		/...../.....

ASSURANCE, SECURITE SOCIALE

Assureur responsabilité civile

N° sécurité sociale (auquel est rattaché l'enfant)

Bénéficiaire CMU : Oui Non

Complémentaire santé : Oui Non

Si oui, laquelle :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX : En cas d'urgence, un enfant 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.

Votre médecin traitant Téléphone

Votre enfant a-t'il eu les maladies suivantes ?

Rubéole Rougeole Varicelle Oreillons

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

