



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

**ÉCOLE DE LA PORTE
DES VOSGES DU
NORD - PETERSBACH**

Année scolaire : **2026-2027**

Niveau : PETITE SECTION

ELEVE

NOM : _____ Sexe : M ☐ F ☐

Prénom (s) : _____ / _____ / _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : (commune et département) _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

RESPONSABLES LEGAUX*

Mère

Autorité parentale : oui ☐ non ☐

NOM de jeune fille: _____ NOM marital ou nom d'usage : _____

Prénom : _____

Née le : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : (commune et département) : _____

Adresse : (si différente) _____

Code postal : _____ Commune : _____

Profession : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____ Courriel : _____ @ _____

Père

Autorité parentale : oui ☐ non ☐

NOM : _____ Prénom : _____

Né le : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : (commune et département) : _____

Adresse : (si différente) _____

Code postal : _____ Commune : _____

Profession : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____ Courriel : _____ @ _____

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 : _____

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 de famille : _____

Dates des dernières vaccinations pour chacun des vaccins suivants :

DT POLIO : _____ BCG : _____ Autres : _____

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile* : Oui ☐ Non ☐ Individuelle accident* : Oui ☐ Non ☐

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 PETERSBACH, le ____/____/2024

Signature de la mère :

Signature du père :

*Responsabilité civile et individuelle accident sont obligatoires pour toutes activités extra scolaires organisées par l'école hors temps scolaire (sortie avec pique-nique par exemple...).