

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

À déposer à la mairie ou à envoyer par mail : [info@ville-biard.fr](mailto:info@ville-biard.fr)

(\*) champs obligatoire

## ELEVE

\*Nom : \_\_\_\_\_ \*Prénom(s) : \_\_\_\_\_ \*Sexe : M  F   
\*Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \* Commune de naissance \_\_\_\_\_ Département n° \_\_\_\_\_  
\*Lieu de résidence de l'enfant : N° \_\_\_\_\_ Voie : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
\*Traitement médical, allergies ou autres \_\_\_\_\_  
\*Niveau scolaire souhaité : \_\_\_\_\_ \* Date de rentrée souhaitée : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
\*Si déjà scolarisé, nom de l'établissement scolaire précédent : \_\_\_\_\_

## RESPONSABLES LEGAUX

Parent 1 :

\* Qualité : (père, mère) \_\_\_\_\_ \*Autorité parentale : oui  non   
\*Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
\*Nom marital (nom d'usage) : \_\_\_\_\_ \*Prénom : \_\_\_\_\_  
Situation familiale : Marié(e)  Pacsé(e)  Concubinage  Divorcé(e)  Séparé(e)  Célibataire  Veuf(ve)   
Profession : \_\_\_\_\_  
\*Adresse : N° \_\_\_\_\_ \*Voie : \_\_\_\_\_  
\* Code Postal : \_\_\_\_\_ \*Ville : \_\_\_\_\_  
\*Téléphone domicile : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \*Téléphone portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
\*Adresse e-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
(1) \*N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_ ou \*N° allocataire MSA : \_\_\_\_\_

Parent 2 :

\* Qualité : (père, mère) \_\_\_\_\_ \*Autorité parentale : oui  non   
\*Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
\*Nom marital (nom d'usage) : \_\_\_\_\_ \*Prénom : \_\_\_\_\_  
Situation familiale : Marié(e)  Pacsé(e)  Concubinage  Divorcé(e)  Séparé(e)  Célibataire  Veuf(ve)   
Profession : \_\_\_\_\_  
\*Adresse : N° \_\_\_\_\_ \*Voie : \_\_\_\_\_  
\*Code Postal : \_\_\_\_\_ \*Ville : \_\_\_\_\_  
\*Téléphone domicile : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \*Téléphone portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
\*Adresse e-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
(1) \*N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_ ou \*N° allocataire MSA : \_\_\_\_\_

NB : Les données de votre dossier allocataire CAF pourront être consultées par la commune via le logiciel CAFPRO et ce dans la stricte confidentialité. En cas de désaccord de votre part, merci de le signaler par écrit à la Mairie.

Autre responsable légal

\* Organisme \_\_\_\_\_  
\* Nom de la personne référente : \_\_\_\_\_ \* Fonction : \_\_\_\_\_  
\* Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ \*Autorité parentale : oui  non   
\*Adresse : N° \_\_\_\_\_ Voie : \_\_\_\_\_  
\*Code Postal : \_\_\_\_\_ \*Ville : \_\_\_\_\_  
\* Téléphone Fixe : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \* Téléphone portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
\* Adresse e-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE

**Personne 1 :**  A appeler en cas d'urgence  Autorisé à prendre l'enfant  
\*Nom : \_\_\_\_\_ \*Prénom : \_\_\_\_\_  
\*Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
\*Adresse : N° \_\_\_\_\_ Voie : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
\* Téléphone Fixe : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ \*Téléphone portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_  
\* Adresse email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**Personne 2 :**  A appeler en cas d'urgence  Autorisé à prendre l'enfant  
\*Nom : \_\_\_\_\_ \*Prénom : \_\_\_\_\_  
\*Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
\*Adresse : N° \_\_\_\_\_ Voie : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
\* Téléphone Fixe : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ \*Téléphone portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_  
\* Adresse email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**Personne 3 :**  A appeler en cas d'urgence  Autorisé à prendre l'enfant  
\*Nom : \_\_\_\_\_ \*Prénom : \_\_\_\_\_  
\*Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
\*Adresse : N° \_\_\_\_\_ Voie : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
\* Téléphone Fixe : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ \*Téléphone portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_  
\* Adresse email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

INFORMATIONS PERISCOLAIRES

Garderie matin : oui  non :  Garderie soir : oui  non :

Restaurant scolaire : oui  non :

*Les spécificités relatives à la restauration seront prises en compte sur demande expresse écrite de la famille*

\*ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : oui  non :  Individuelle Accident : oui  non :   
Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_ Numéro de police d'assurance \_\_\_\_\_

**Date et signature des responsables légaux**

Toute personne estimant que le droit à la protection de ses données n'est pas assuré, peut introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07