

## FICHE FAMILLE

-M. Mme                      - Monsieur                      - Madame                      - Mademoiselle

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_ TELEPHONE : \_\_\_\_\_

E-MAIL : \_\_\_\_\_

NOMBRE D'ENFANTS : \_\_\_\_\_  
(Y compris le candidat)

**SITUATION DE FAMILLE :**     - MARIE                       - DIVORCE                       - SEPRE                       - VEUF, VEUVE  
 - P.A.C.S     - REMARIE     - UNION LIBRE                       - CELIBATAIRE

### PERE

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

PROFESSION : \_\_\_\_\_ SOCIETE : \_\_\_\_\_

TELEPHONE travail : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_

E-MAIL : \_\_\_\_\_

### MERE

NOM DE JEUNE FILLE : \_\_\_\_\_

NOM DE MARIAGE : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

PROFESSION : \_\_\_\_\_ SOCIETE : \_\_\_\_\_

TELEPHONE travail : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_

E-MAIL : \_\_\_\_\_

### **PAYEUR : (si autre responsable 1)**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

### MODE DE REGLEMENT

- CHEQUE (1 chèque par trimestre)                       - PRELEVEMENT (par mois)

### AUTRE RESPONSABLE :

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

LIEN PARENTE : \_\_\_\_\_

PROFESSION : \_\_\_\_\_ SOCIETE : \_\_\_\_\_

TELEPHONE travail: \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS ENFANT

CLASSE DEMANDEE: \_\_\_\_\_  
**Année 2021-2022**

Redoublant :                     - OUI             - NON

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Né le :    |            |            |

A \_\_\_\_\_ DEPARTEMENT : \_\_\_\_\_ PAYS : \_\_\_\_\_

NATIONALITE:                     - FRANCAISE                     - AUTRE

SEXE:                                 - MASCULIN                     - FEMININ

## VIE SCOLAIRE

### **ETABLISSEMENT EN COURS**

- CRECHE                     - ECOLE                    **CLASSE année 2021-2022:** \_\_\_\_\_

**NOM DE L' ETABLISSEMENT :** \_\_\_\_\_

**ADRESSE :** \_\_\_\_\_

**TELEPHONE :** \_\_\_\_\_

**CODE POSTAL :** \_\_\_\_\_ **VILLE :** \_\_\_\_\_

**DATE D'ORIGINE D'ENTREE A SAINT-MATHIEU:** \_\_\_\_\_

## ORGANISATION SCOLAIRE

(Bien lire le règlement intérieur et financier pour les parents)

### REGIME

(Engagement pour le trimestre complet)

DEMI - PENSION

- 4 repas /semaine

-3 repas/semaine

3 jours fixes :  L -  M -  J -  V

- Occasionnel

- Externe

ETUDE

-forfait par trimestre

- occasionnel

### SORTIES SCOLAIRES

Si l'enfant quitte l'établissement accompagné,  
Voici les personnes autorisées à venir le chercher :

NOM, PRENOM : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

NOM, PRENOM : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

NOM, PRENOM : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

NOM, PRENOM : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

### RELIGION

- CATHOLIQUE

- AUTRE : \_\_\_\_\_

**BAPTISE**  - Oui

- Non

Date et lieu de Baptême :

CATECHESE SUIVIE :

- OUI

- NON

- A L'ECOLE

- EN PAROISSE ?

Laquelle : \_\_\_\_\_

SANTE

PROBLEMES MEDICAUX:

---

---

---

---

MEDECIN TRAITANT: \_\_\_\_\_ TELEPHONE: \_\_\_\_\_

AUTRES SUIVIS: \_\_\_\_\_

Demande d'un P.A.I.....

-----

**DELEGATION DE POUVOIRS  
EN CAS D'URGENCE**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Autorise l'école SAINT-MATHIEU,

**- à prendre, en cas d'urgence, toutes décisions de transports, d'hospitalisation ou d'interventions chirurgicales nécessitées par l'état de santé de mon enfant en cas d'impossibilité :**

- \*soit de me joindre (ou de joindre mon conjoint(e) ou tout autre membre de la famille).**
- \*soit d'obtenir l'avis de notre médecin de famille.**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signatures des parents :**