

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

NOM : _____ PERE _____ PRENOM : _____

PROFESSION : _____ SOCIETE : _____

TELEPHONE travail : _____ portable : _____

E-MAIL : _____

NOM DE JEUNE FILLE : _____ MERE _____

NOM DE MARIAGE : _____ PRENOM : _____

PROFESSION : _____ SOCIETE : _____

TELEPHONE travail : _____ portable : _____

E-MAIL : _____

NOM : _____ PAYEUR : (si autre responsable 1)
PRENOM : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____ TEL : _____

MODE DE REGLEMENT

- CHEQUE (1 chèque par trimestre)

- PRELEVEMENT (par mois)

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 :

- 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 :