

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 :

(Cas particuliers : parents divorcés, grands parents, beau-père, etc....)

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____ TEL : _____

LIEN PARENTE : _____

PROFESSION : _____ SOCIETE : _____

TELEPHONE travail: _____ portable : _____

RENSEIGNEMENTS ENFANT

CLASSE DEMANDEE: _____
Année 2018-2019

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 2017-2018: _____

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** _____

Signature