

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année 2024 – 2025

Ecole Jean Moulin – Valencin

Classe : _____



Tout changement (situation familiale, adresse, n° de téléphone, santé...) devra être signalé le plus rapidement possible. Merci d'écrire lisiblement.

A. ETAT CIVIL DE L'ELEVE

NOM : _____ Prénom(s) : _____ Sexe : F M

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

Frères et sœurs :

| PRENOM | Année de naissance | Établissement fréquenté |
|--------|--------------------|-------------------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |

B. RESPONSABLES LEGAUX :

| |
|---|
| Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> |
| Nom de famille : Prénom : |
| Nom d'usage : |
| Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste page 2) |
| Adresse : |
| Code postal : Commune : |
| L'élève habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail : |
| Courriel : |
| J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> |
| Nom de famille : Prénom : |
| Nom d'usage : |
| Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste page 2) |
| Adresse : |
| Code postal : Commune : |
| L'élève habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail : |
| Courriel : |
| J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Tiers délégataire (personne physique ou morale) Lien avec l'élève (*) : |
| Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales. |
| Nom de famille : Prénom : |
| Nom d'usage : Organisme : |
| Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste page 2) |
| Adresse : |
| Code postal : Commune : |
| L'élève habite à cette adresse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail : |
| Courriel : |
| J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

(*) Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Garde d'enfant/Autre lien (à préciser) ou Aide Sociale à l'Enfance (pour responsable moral)

C. PERSONNES A CONTACTER (autres que celles déjà citées) :

| | PERSONNE 1 | PERSONNE 2 | PERSONNE 3 |
|----------------------|---|---|---|
| NOM | | | |
| PRENOM | | | |
| Lien avec l'enfant | | | |
| Commune de résidence | | | |
| N° TEL DOMICILE | | | |
| N° TEL PORTABLE | | | |
| N° TEL TRAVAIL | | | |
| | <input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant | <input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant | <input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant |

D. ETAT DE SANTE

- Votre enfant bénéficie-t-il/elle, ou a-t-il/elle bénéficié d'un suivi orthophonique ? OUI NON

Si oui, depuis quand ? _____

Nom de l'orthophoniste et téléphone : _____

- Port de lunettes : OUI NON Pendant la récréation ? OUI NON

- L'enfant a-t-il/elle un PAI ? OUI NON

Si OUI, précisez (allergie alimentaire, médicamenteuse ou autre).

Nous prendrons contact en début d'année pour le renouvellement du PAI pour la nouvelle année scolaire.

E. AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE :

En cas d'urgence, je, soussigné(e) _____ autorise / n'autorise pas* l'enseignant de mon enfant à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

*rayer la mention inutile

Signature des responsables légaux :

Fait à _____, le _____

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur | <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur | <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur |
|---|---|---|

Mentions relatives à la protection de données personnelles

L'établissement scolaire de votre enfant s'engage à traiter vos données à caractère personnel dans le respect du règlement général (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 sur la protection des données (RGPD) et de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les données à caractère personnel collectées via ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique dénommé « Onde », mis en œuvre par le ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse situé à Paris, au 110 Rue de Grenelle, pour l'exécution d'une mission d'intérêt public au sens du e) du 1 de l'article 6 du RGPD. L'ensemble des informations relatives au traitement de données à caractère personnel « Onde » figure dans l'arrêté du 25 octobre 2008 portant création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel relatif au pilotage et à la gestion des élèves de l'enseignement du premier degré.

Codes des professions et des catégories socio-professionnelles (à renseigner ci-contre)

| Code * | Libellé |
|--|---|
| AGRICULTEURS EXPLOITANTS | |
| 10 | Agriculteurs exploitants |
| ARTISANS, COMMERÇANTS ET CHEFS D'ENTREPRISE | |
| 21 | Artisans |
| 22 | Commerçants et assimilés |
| 23 | Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus |
| CADRES ET PROFESSIONS INTELLECTUELLES SUPÉRIEURES | |
| 31 | Professions libérales |
| 33 | Cadres de la fonction publique |
| 34 | Professeurs, professions scientifiques |
| 35 | Professions de l'information, des arts et des spectacles |
| 37 | Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise |
| 38 | Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise |
| PROFESSIONS INTERMÉDIAIRES | |
| 42 | Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés |
| 43 | Professions intermédiaires de la santé et du travail social |
| 44 | Clergé, religieux |
| 45 | Professions intermédiaires administratives de la fonction publique |
| 46 | Professions intermédiaires administratives commerciales en entreprise |
| 47 | Techniciens |
| 48 | Contremaîtres, agents de maîtrise |
| EMPLOYÉS | |
| 52 | Employés civils et agents de service de la fonction publique |
| 53 | Policiers et militaires |
| 54 | Employés administratifs d'entreprises |
| 55 | Employés de commerce |
| 56 | Personnels des services directs aux particuliers |

| Code * | Libellé |
|---|---|
| OUVRIERS | |
| 62 | Ouvriers qualifiés de type industriel |
| 63 | Ouvriers qualifiés de type artisanal |
| 64 | Chauffeurs |
| 65 | Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport |
| 67 | Ouvriers non qualifiés de type industriel |
| 68 | Ouvriers non qualifiés de type artisanal |
| 69 | Ouvriers agricoles |
| RETRAITÉS | |
| 71 | Retraités agriculteurs exploitants |
| 72 | Retraités artisans, commerçants, chefs entreprise |
| 74 | Anciens cadres |
| 75 | Anciennes professions intermédiaires |
| 77 | Anciens employés |
| 78 | Anciens ouvriers |
| AUTRES PERSONNES SANS ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE | |
| 81 | Chômeurs n'ayant jamais travaillé |
| 83 | Militaires du contingent |
| 84 | Elèves, étudiants |
| 85 | Personnes sans activité professionnelle < 60 ans (sauf retraités) |
| 86 | Personnes sans activité professionnelle >= 60 ans (sauf retraités) |

(*) Code de la profession ou de la catégorie socio-professionnelle à reporter dans la fiche de renseignements