

ECOLE « Le SACRE CŒUR »

✉ 253, rue Aristide Briand

76 600 LE HAVRE

☎ 02 35 41 38 12

Fiche annuelle de renseignements

Année 2019-2020

Classe :

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Nom :▪ Prénoms : Nationalité :▪ Date et lieu de naissance :▪ Baptisé le : Catéchisé <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non▪ Paroisse :▪ Date d'entrée dans l'école : Classe en 2018/2019 :▪ Ecole avant le Sacré Cœur :▪ Père : Nom : Prénom :Profession : Employeur :<input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> au chômage <input type="checkbox"/> préretraite, retraite <input type="checkbox"/> autre▪ Mère : Nom : Prénom :Profession : Employeur :<input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> au chômage <input type="checkbox"/> préretraite, retraite <input type="checkbox"/> autre▪ Concubin(e) : Nom : Prénom :▪ Situation familiale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e)<input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Séparé(e)▪ Frères et sœurs (établissement et classe en 2019/2020) :▪ Adresse (s) mail :▪ Adresse des parents :Code postal : Ville <u>si différente</u> :▪ Adresse de la mère :▪ Adresse du Père : | PHOTOGRAPHIE récente de l'enfant |
|---|-------------------------------------|

Téléphone domicile des parents : - - -

Domicile du père **Domicile de la mère**

Travail du père : **Travail de la mère** :

Portable du père : **Portable de la mère** :

Téléphone d'une personne à contacter en cas d'urgence :

Nom **téléphone** :

SANTE DE L'ENFANT

- Numéro de sécurité sociale :
- Médecin traitant : Téléphone :
- Maladie nécessitant un traitement régulier :
- Contre-indication :
- Problèmes ou allergies alimentaires :
-
- Allergies aux médicaments :

Suivis extérieurs : orthophoniste psychologue psychomotricien

Nom du praticien :

Lunettes : oui non portées en permanence uniquement en classe

SERVICES

- Un exemplaire des évaluations trimestrielles est à adresser à chacun des parents (parents habitant chacun à une adresse différente séparés ou divorcés)
 oui non
- **Cantine** : oui, tous les jours
 oui, régulièrement ⇨ Entourez les jours : L M J V
 non
- **Garderie du matin** : (gratuite) de 7h30 à 8h25 oui non
- **Garderie du soir** : (payante) de 17h à **18 heures précises** oui non
- **Etude du soir** : (payante) de 17h à **18 heures précises** oui non

DELEGATION DE POUVOIR EN CAS D'URGENCE

Je soussigné autorise Monsieur le directeur de l'école à prendre, en cas d'urgence, toutes décisions de transport, d'hospitalisation, d'anesthésie ou d'intervention chirurgicale, nécessités par l'état de santé de mon enfant

Cette autorisation vaut, en cas d'impossibilité soit de me joindre (ou de joindre mon conjoint), soit d'obtenir l'avis de notre médecin de famille (**indiquer les coordonnées du médecin dans l'encadré « santé de l'enfant »**)

AUTORISATION DE SORTIE SCOLAIRE

J'autorise mon enfant à sortir de l'établissement pour toutes les sorties et activités organisées au cours de l'année 2019/2020 Oui non

AUTORISATION DE PRISE DE VUE

J'autorise l'établissement à utiliser les photographies réalisées en vue de leur publication sur le site internet ou la plaquette de l'établissement au cours de l'année 2019/2020. Oui non

Fait à

Signature des parents

Le