

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

**RESPONSABLE 1      PERE**

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

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

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

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

**RESPONSABLE 2      MERE**

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

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

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

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

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

**PAYEUR : (si autre responsable)**

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

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

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

**MODE DE REGLEMENT**

- CHEQUE (1 chèque par trimestre)

- PRELEVEMENT (par mois)



**SORTIES SCOLAIRES**

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

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 :