

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 ☐ - SEPARÉ ☐ - VEUF, VEUVE

☐ - P.A.C.S ☐ - REMARIE ☐ - UNION LIBRE ☐ - CELIBATAIRE

RESPONSABLE 1 PERE

NOM : _____ PRENOM : _____

PROFESSION : _____ SOCIÉTÉ : _____

TELEPHONE travail : _____ portable : _____

E-MAIL : _____

RESPONSABLE 2 MERE

NOM DE JEUNE FILLE : _____

NOM DE MARIAGE : _____ PRENOM : _____

PROFESSION : _____ SOCIÉTÉ : _____

TELEPHONE travail : _____ portable : _____

E-MAIL : _____

PAYEUR : (si autre responsable)

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____ TEL : _____

MODE DE REGLEMENT

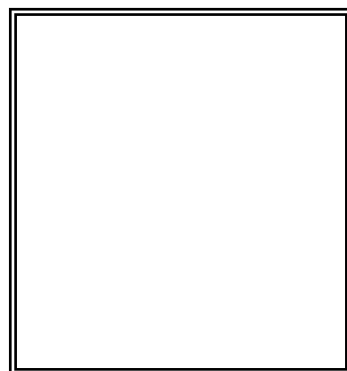
☐ - CHEQUE (1 chèque par trimestre)

☐ - PRELEVEMENT (par mois)

RENSEIGNEMENTS ENFANT

CLASSE DEMANDEE: _____

Redoublant : ☐ - OUI ☐ - NON



PHOTO

NOM : _____ **PRENOM :** _____

Né le : | | | **ARRONDISSEMENT DE NAISSANCE**

A _____ **DEPARTEMENT :** _____

NATIONALITE: ☐ - FRANCAISE ☐ - AUTRE

SEXE: ☐ - MASCULIN ☐ - FEMININ

VIE SCOLAIRE

ETABLISSEMENT EN COURS

☐ - CRECHE ☐ - ECOLE **CLASSE année 2024-2025:** _____

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** _____

Signatures des parents :