

Ecole Publique Mixte – 33350 Sainte-Terre

Nom de l'élève \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

Adresse (précise) \_\_\_\_\_

Commune \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Autorisation de communiquer l'adresse : OUI / NON (entourer votre choix)

**Parent 1**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse (si différente de l'enfant) \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Profession et employeur \_\_\_\_\_

Tél domicile \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_ Tél Travail : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Parent 2**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse (si différente de l'enfant) \_\_\_\_\_

Commune \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Profession et employeur \_\_\_\_\_

Tél domicile \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_ Tél Travail : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Responsable légal \_\_\_\_\_

Médecin traitant \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ecole précédente \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Assurance responsabilité civile (Nom et n°) \_\_\_\_\_

En cas d'accident, n° de sécurité sociale du tuteur \_\_\_\_\_

L'élève fréquentera  
(à titre indicatif) :

	Jamais	Parfois	Toujours
Garderie matin / soir			
Restaurant scolaire			
Ramassage scolaire			

Date :

Signature des parents :