

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS - DELEGATION de POUVOIR

Année scolaire : 2023 - 2024

Classe : \_\_\_\_\_

### ÉLÈVE

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F

Né(e) le : ..... / ..... / ..... à \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : ..... Ville : \_\_\_\_\_

Frères et sœurs  
Prénom et âge

### RESPONSABLES LÉGAUX

**Mère** NOM de jeune fille: \_\_\_\_\_ Autorité parentale : Oui  Non

Nom marital (nom d'usage) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Situation familiale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
(si différente de celle de l'élève)

Code postal-Ville : \_\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_

**Père** NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Autorité parentale : Oui  Non

Adresse : \_\_\_\_\_  
(si différente de celle de l'élève)

Code postal-Ville : \_\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_

### PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE

NOM et adresse : \_\_\_\_\_  A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  Autorisé à prendre l'enfant

Téléphone : \_\_\_\_\_

NOM du Docteur de famille : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Si absent appeler le Docteur : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il un traitement médical permanent ? Non  Oui  Lequel \_\_\_\_\_

A-t-il des allergies alimentaires ou autres allergies ? lesquelles : \_\_\_\_\_

Est-il allergique à certains médicaments ? lesquels : \_\_\_\_\_

Groupe sanguin de votre enfant (si vous le connaissez) : \_\_\_\_\_

### DROIT à l'IMAGE à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes.

Voir feuille annexe

### DELEGATION DE POUVOIR

(en cas d'accident grave ou d'extrême urgence)

Le soussigné autorise l'institutrice de mon enfant à prendre, en cas d'accident grave, toutes décisions d'hospitalisation et d'intervention clinique jugées indispensables et urgentes par le médecin appelé, lequel est autorisé à prendre connaissance du questionnaire médical.

Cette autorisation vaut seulement en cas d'impossibilité absolue de me joindre (ou mon conjoint) ou d'obtenir l'avis du médecin de famille.

Je m'engage à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche et à informer l'école de tous les déplacements longs et inhabituels qui nous empêcheraient de les joindre.

Date :

Signature du père

Signature de la mère



## FICHE D'URGENCE

Année scolaire 2023-2024

### ELEVE

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : M  F   
Né(e) le : ..... / ..... / .....  
Classe : .....  
Adresse du domicile : .....  
Téléphone du domicile : ...../...../...../...../.....

### ASSURANCE SCOLAIRE : Responsabilité civile et assurance individuelle scolaire et extra-scolaire valides sur l'année scolaire

- Mutuelle Saint-Christophe  
 Autre : Compagnie d'assurance : .....  
N° de police de l'assurance : .....  
N° de sécurité sociale du parent qui couvre l'enfant : .....

### EN CAS D'URGENCE

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille.

Personnes à prévenir et habilitées à venir chercher l'élève en cas d'urgence:

1. **PERE** : ..... tél. : ...../...../...../.....  
(Travail) tél. : ...../...../...../.....  
2. **MERE** ..... tél. : ...../...../...../.....  
(Travail) tél. : ...../...../...../.....  
3 Personne susceptible de vous prévenir rapidement... Nom : .....  
..... tél. : ...../...../...../.....

*En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.*

Signalement de problèmes de santé particuliers (Allergies, asthme, crises convulsives...) et précautions à prendre :

Médecin référent

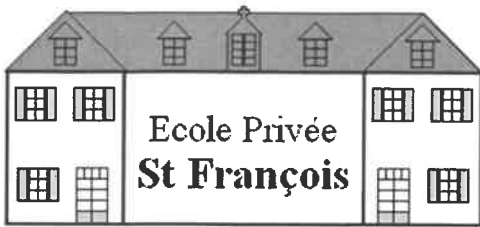
Nom : .....  
Adresse : .....  
Tél. : ...../...../...../.....  
Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Je, soussigné(e), M., Mme .....

Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'ai bien pris connaissance qu'en cas d'absence d'observations, de renseignements médicaux, psychologiques, ou dans le cas où ces observations seraient erronées, la responsabilité de l'école serait dérogée.

Fait à ....., le ..... / ..... / 2023  
Signature(s) du ou des responsable(s) légal(aux) de l'enfant



**DROIT A L'IMAGE**  
**Année scolaire 2023-2024**



**Nous, soussignés**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Autorisons**

**N'autorisons pas**

L'école St François, en sa qualité d'établissement scolaire, à **photographier**, à **filmer**

**Notre enfant : Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Scolarisé(e) en classe de :** .....

**Et de publier, exposer, diffuser** la (les) photographie(s) ou le (les) films le (la) représentant pour les usages suivants :

- *Photographie scolaire ;*
- *Présentation d'une activité pédagogique ou périscolaire ;*
- *Exposition de photographies dans le cadre des activités pédagogiques ;*
- *Publication dans la presse locale*
- *Publication sur le blog et/ou le site Internet de l'école.*

Cette autorisation est valable pour **l'année scolaire 2023/2024.**

La publication ou la diffusion de l'image de notre enfant, ainsi que les légendes ou commentaires accompagnant cette publication ne devront pas porter atteinte à sa dignité, à sa vie privée ou à sa réputation.

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui concernent notre enfant est garanti. Nous pouvons donc à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et nous disposons du droit de retrait de cette photo si nous le jugeons utile.

Fait à ....., le ..... / ..... /

Signature(s) du ou des responsable(s) légal (aux) de l'enfant.