****  
Écoles de Bodilis • Plougar • Plougourvest • St Derrien  
4, rue de l’École  
29400 Bodilis

***Tél : 06 88 92 35 21***

***https://www.multisite-bodilis.com***

Fiche de Renseignements

**Ecoles de : BODILIS – PLOUGAR – PLOUGOURVEST – SAINT-DERRIEN**

**Nom :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Prénom(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

Sexe : F ou M Aîné : oui non

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

Elève en classe de : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En qualité de Demi- Pensionnaire ou Externe

Lundi : Mardi : Jeudi : Vendredi :

# **Père :**

Nom, prénom : …………………………………

Né le : …………………………

Adresse si différente de celle de l’enfant :

………………………………………………………………………………………… ……………

Profession : ……………………………………

Dans l’entreprise : ……………………………..

…………………………………………………

Téléphone fixe : ……………………………

Portable: ……………………………………….

Lieu de travail : ………………………………..

Téléphone du travail : …………………………

Mail : ………….……………..@.........................

## Mère :

Nom, prénom : ………………………………….

Né le : …………………………

Adresse si différente de celle de l’enfant :

………………………………………………..…

………………………………………………...…

Profession :………………………………………

Dans l’entreprise : ……………………………..

…………………………………………………

Téléphone fixe : ……………………………

Portable: ……………………………………….

Lieu de travail : ……………………………..…..

Téléphone du travail : …………………………

Mail : ………….……………..@.........................

Situation maritale : ……………………………

**Mode de paiement :**

**Prélèvement**

(Merci de joindre un RIB )

PS : Si vos coordonnées bancaires n’ont pas changées, nous n’avons pas besoin de RIB, ni de Mandat.

**Chèque**

**Autres enfants scolarisés :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom, prénom** | **Né(e) le** | **Etablissement fréquenté** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Personnes à contacter en cas d’absence des parents :**

M – Mme ………………………… Téléphone : …………………… Lien de parenté :…………………….

M – Mme ………………………… Téléphone : …………………… Lien de parenté :…………………….

**Personnes autorisées à prendre votre enfant :**

M – Mme ………………………… Téléphone : …………………… Lien de parenté :…………………….

M – Mme ………………………… Téléphone : …………………… Lien de parenté :…………………….

M – Mme ………………………… Téléphone : …………………… Lien de parenté :…………………….

J’autorise mon enfant à sortir seul : OUI NON

J’autorise mon enfant à sortir avec son frère ou sa sœur aîné : OUI NON

**Médecin traitant :**

Nom : ………………………………………….…………. Téléphone : …………………………………

**Vaccinations obligatoires :** (Indiquer les dates du carnet de santé et joindre une photocopie)

DT Polio ou équivalent à jour au ………./ ………./……….

**Problèmes particuliers de l’enfant :**

* Traitement médical : ……………………………………………………………………….……

……………………………………………………………………………………………………

* Allergies : ……………………………………………………………………….………………

……………………………………………………………………………………………………

* Précautions particulières : ………………………………………………………………….……

……………………………………………………………………………………………………

**Droit à l’image** : OUI NON

En soumettant ce formulaire, j’accepte que les informations saisies soient utilisées, exploitées, traitées pour permettre de me recontacter, m’envoyer des mails, strictement dans le cadre de la scolarité de mon enfant.

Le…………………, à …………………………….

Signature Responsable :