

*Documents à
compléter et à
remettre signés
à l'école*



FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS 2025-2026

Coller ici
une photo
d'identité

L'ÉLÈVE

- Inscription en classe de Fille Garçon
- Nom de famille :
- Prénom(s) :
- Date de naissance (J/M/A) : / / • Lieu de naissance :
- Nationalité (s):
- École fréquentée en 202/2023- Pays :

LES RESPONSABLES

	mère	père	Tuteur (trice) – Lien avec l'enfant
Nom			
Prénom(s)			
Nationalités			
Profession			
Adresse			
Téléphone 1			
Téléphone 2			
@ Courriel			

LA FRATRIE

nom	prénom	date de naissance	Classe- école fréquentée

Situation de vie des parents :

mariés, vie maritale divorcés, séparés célibataire veuf(ve)

En cas de séparation ou de divorce, la photocopie du document officiel précisant le mode de garde et le lieu de résidence de l'enfant doit nous être transmise

AUTORISATIONS

Coordonnées

Je soussigné(e)autorise l'école :

- à communiquer mes coordonnées aux parents de la classe de mon enfant
mère : oui non père : oui non
- à communiquer mes coordonnées à l'Association des parents d'élèves
Mère : oui non père : oui non
- à communiquer mes coordonnées aux parents élus siégeant au Conseil d'école
Mère : oui non père : oui non

Prise de vue

Je soussigné(e)autorise l'école :

- à photographier/filmer mon enfant dans le cadre des activités scolaires et à utiliser ces images pour des parutions sur la page Facebook de l'école ou autres sites en lien avec l'Ecole, l'AEFE ou l'Ambassade de France.

oui non

Assurance scolaire

L'assurance scolaire de l'élève (Responsabilité civile et Individuelle Accident) est obligatoire. Dès réception de votre attestation, vous devez fournir l'original au secrétariat de l'école.

Règlement

Je soussigné(e), M.et ou Mme.....déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'école et m'engage à m'y conformer.

A Thiès, le.....

Parents

Elève



FICHE D'URGENCE 2025-2026

Coller ici
une photo
d'identité

Elève : Nom de famille : Prénom(s) :classe.....
Date de naissance (J/M/A) : / / Lieu de résidence.....
Nom-Prénom de la mère : N° de téléphone.....
Nom- Prénom du père N° de téléphone.....
Lieu de résidence.....
Autre contact (personne majeure) si les parents ne sont pas joignables
Nom-Prénom :N° de téléphone.....
Lieu de résidence.....
Lien avec l'enfant :

- Nom et adresse du médecin de famille :
- Téléphone :
- Traitement médical : oui non pour :
- Port de lunettes : oui non
- Asthme : oui non
- Allergie : oui non à :
- Autres pathologies
- Dates des vaccinations reçues :

DT : BCG : POLIO :

Coupon à remplir obligatoirement

Urgences médicales

En cas d'urgence, un élève est orienté et transporté vers l'hôpital ou la clinique indiquée par les parents (par défaut, il sera dirigé vers la Clinique La Conception). La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Clinique ou hôpital de votre choix :

Je soussigné(e) autorise l'école :

- à prendre, cas d'accident avec les services de secours compétents, toutes les dispositions chirurgicales nécessaires oui non

- à pratiquer une anesthésie en cas de nécessité d'une intervention oui non

Date et signature