

ÉCOLE PRIMAIRE 18 rue du Colonel Bertin  
88460 DOCELLES

Tél. : 03 29 33 21 71  
Email : [ce.0881489@ac-nancy-metz.fr](mailto:ce.0881489@ac-nancy-metz.fr)  
Adresse web : <https://sites.ac-nancy-metz.fr/eco-p-docelles/>

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS FICHE D'URGENCE

Année scolaire 2025/2026

Nous vous remercions de prendre le temps nécessaire pour compléter et relire cette fiche, dans l'intérêt de votre enfant.  
N'hésitez pas à nous contacter en cas de problème, de doute  
et **signalez tout changement, en cours d'année, modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.**

Nom de l'élève : ..... Prénom : ..... Classe : .....  
Né (e) le ...../...../..... Lieu de naissance : .....  
Classe et école en 2024-2025 : .....  
Adresse de résidence de l'enfant : .....

### FAMILLE DE L'ENFANT / NUMEROS D'URGENCE :

Père :	Mère :
NOM : .....	NOM : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse (si différente du père):.....
.....	.....
☎ personnel : .....	☎ personnel : (si différent du père).....
☎ portable : .....	☎ portable : .....
✉ Courriel : .....@.....	✉ Courriel : .....@.....
☎ professionnel : .....	☎ professionnel : .....

En cas de divorce, qui exerce l'autorité parentale ? : ☐ les deux ☐ père ☐ mère ☐ tuteur

En cas de placement chez un tiers (famille d'accueil,...) :

Nom et prénom : ..... ☎ : .....  
Adresse : .....

**Responsables légaux :** Il est important de renseigner le document concernant les deux responsables légaux pour la transmission des résultats scolaires ; les élections des représentants des parents d'élèves : chaque parent est électeur et éligible ; si un des deux parents n'exerce pas l'autorité parentale, joindre impérativement une copie du jugement.

**EN CAS D'URGENCE :** En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par l'école. Veuillez nous indiquer le nom et les n° de téléphone des personnes susceptibles de vous prévenir rapidement.

Nom et Prénom : ..... Adresse ..... ☎ .....

Nom et Prénom : ..... Adresse ..... ☎ .....

**En cas d'accident grave,** Je souhaite que mon enfant soit emmené : à l'hôpital .....

**Médecin traitant :** ..... Ville : ..... ☎ .....

**Observations particulières :**

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'école  
(Allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...) :

.....  
.....  
*Si votre enfant souffre d'une maladie chronique (asthme, allergie ou intolérance alimentaire, épilepsie, mucoviscidose, etc.), **vous devez demander la rédaction d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) par le médecin scolaire**, en accord avec le médecin traitant.* **DEMANDE DE PAI** : Oui ☐ Non ☐



**ASSURANCE SCOLAIRE :** L'assurance est **OBLIGATOIRE** pour les dommages dont l'enfant serait l'auteur (responsabilité civile) et pour ceux qu'il pourrait subir (individuelle accident) lors des activités débordant le cadre des activités obligatoires.

Le port de lunettes motive la souscription d'une assurance ou d'un complément d'assurance couvrant les éventuels dommages causés ou subis par l'élève de ce fait.

**Nom de la société ou de la mutuelle :** ..... **N° de contrat :** .....

**Responsabilité civile** : Oui ☐ Non ☐ **Individuelle Accident** : Oui ☐ Non ☐

**PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT :**

NOM : ..... Prénom : .....  .....OU  .....

NOM : ..... Prénom : .....  .....OU  .....

NOM : ..... Prénom : .....  .....OU  .....

NOM : ..... Prénom : .....  .....OU  .....

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :**

Garderie du matin : ☐ oui ☐ non Garderie du soir : ☐ oui ☐ non

Restaurant scolaire : ☐ oui ☐ non

Autorisation Photos : ☐ J'autorise, je n'autorise pas (1) la publication de photos, d'activités scolaires uniquement, avec mon enfant, dans la presse ou sur le site Web de l'école (1).

Associations de parents d'élèves (à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes)

Père : ☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas la communication de mon adresse personnelle aux associations de parents d'élèves

Mère : ☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas la communication de mon adresse personnelle aux associations de parents d'élèves

Sorties scolaires :

Mr/Mme ..... pourrait participer en tant qu'accompagnateur, en fonction de ses disponibilités personnelles et professionnelles aux différentes sorties scolaires proposées dans l'année

(1) Barrer les mentions inutiles

Fait à ..... , le .....

Signature des parents :