

**Elève**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Lieu de Naissance : .....

Niveau septembre **2025** .....

**Responsable 1**

Autorité parentale :  oui :  Non

Civilité (1) :  M<sup>lle</sup>  M<sup>me</sup>  M  
Nom : .....  
Prénom : .....  
Profession : .....  
Société : .....

Téléphone portable : .....  
Adresse mail personnelle : .....  
Téléphone professionnel : .....  
Adresse domicile : .....  
.....

**Responsable 2**

Autorité parentale :  oui :  Non

Civilité (1) :  M<sup>lle</sup>  M<sup>me</sup>  M  
Nom : .....  
Prénom : .....  
Profession : .....  
Société : .....

Téléphone portable : .....  
Adresse mail personnelle : .....  
Téléphone professionnel : .....  
Adresse domicile : .....  
.....

**Lien de parenté avec l'enfant** (1):

- Père et Mère
- Mère seule
- Père seul
- Autre
- Famille
- Tuteur
- DDAS

**Situation Familiale** :

- Marié
- Concubin / Pacsé
- Divorcé / Séparé
- Célibataire
- Veuf / Veuve

**Renseignements médicaux**

**Contre-indications médicales – Allergies**

.....  
.....  
.....  
.....

**Vaccinations**

**DTCOQ Polio**  
**Pneumocoque**  
**Meningocoque**  
**ROR**

**Date**

.....  
.....  
.....  
.....

**Autorisations****Je soussigné(e).....**

- Autorise mon enfant à utiliser les moyens de transports nécessités par les déplacements qui ont lieu dans le cadre des activités scolaires.
- Autorise l'enseignant ou la directrice à prendre la décision d'hospitaliser mon enfant en cas de nécessité si je n'ai pas pu être contacté.
- Autorise l'école à diffuser des photos de mon enfant à des fins pédagogiques.
- Autorise le passage du photographe scolaire

**Signature****Fratrie complète :**

Nom et prénom	Né(e) le

**Facturation :****Destinataire(s) de la facture <sup>(1)</sup> :**  Responsable (*et/ou*)  Conjoint**Mode de règlement <sup>(1)</sup>:**  Chèque  Prélèvement  Virement*(1) Cocher la réponse appropriée***Multi-payeurs :**  Non :  Oui (*dans ce cas, contacter le service comptabilité*)