



Ecole privée Ste Thérèse
Rue Olivier de Clisson
85000 La Roche sur Yon
Tel : 02 51 37 68 44
direction@saintetherese-ecole.fr

Fiche individuelle de renseignements 2025/2026

Les informations recueillies sur cette fiche sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'école dans le but de gérer la scolarité de votre enfant. Elles sont conservées pendant toute sa scolarité. Conformément à la loi «RGPD », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : chef d'établissement – direction@saintetherese-ecole.fr

Informations sur l'enfant

NOM et Prénom :	Né(e) le :	Classe :
-----------------	------------	----------

Informations sur la famille

Situation de famille, merci de cocher votre situation actuelle :

<input type="checkbox"/> mariés	<input type="checkbox"/> pacsés	<input type="checkbox"/> vie maritale	<input type="checkbox"/> séparés	<input type="checkbox"/> divorcés	<input type="checkbox"/> veuf(ve)
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Merci de noter l'adresse mail à laquelle vous souhaitez recevoir les factures : _____

Nom du père :	Nom de la mère :
Prénom :	nom de jeune fille :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Tél : Port :	Tél : Port :
Adresse mail :	Adresse mail :
Profession	Profession
Employeur	Employeur
Lieu de travail :	Lieu de travail
Tel travail :	Tel travail :

Si l'enfant réside en famille d'accueil ou si le responsable légal est un tuteur, merci de compléter l'encadré ci-dessous :

Nom du tuteur ou famille d'accueil :	Prénom :
Adresse :	Téléphone : Portable :
Adresse courriel :	
Educateur référent :	Téléphone :
Adresse courriel éducateur :	

La fratrie de l'enfant

Ses frères et sœurs :

Nom	Prénom	Né(e) le	Lieu de scolarisation

Autorisation de diffusion

Dans le cadre des activités pédagogiques réalisées dans la classe par les élèves, des photographies, des enregistrements sonores ou créations de toutes natures peuvent faire l'objet de diffusions à des fins non commerciales et **dans un but strictement pédagogique ou éducatif**. Ces diffusions doivent s'inscrire dans la réglementation propre à la protection de la vie privée des élèves et à la propriété littéraire et artistique. C'est pourquoi un accord est nécessaire de votre part. Vous voudrez bien, dans ce but, signer le document ci-dessous. Cette diffusion peut se faire dans les outils de communication de l'école : site internet, cahiers de vie, ...

Nous, représentants légaux de : (Nom et prénom de l'enfant)

☐ **autorisons** l'exploitation d'images, enregistrement de voix sonores et de productions de mon enfant :

☐ Sur le site internet de l'école

☐ Dans le cadre des activités de la classe : photos de classe, cahiers de vie, documents de la classe

Droit d'accès aux informations recueillies

Les informations recueillies ici sont obligatoires pour l'inscription dans l'établissement. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont conservées conformément à la loi, au départ de l'élève, dans les archives de l'établissement. Certaines données sont transmises, à leur demande, au rectorat de l'Académie ainsi qu'aux organismes de l'Enseignement Catholique auxquels est lié l'établissement.

Nous

☐ **acceptons** que les nom et prénom de notre enfant scolarisé et les coordonnées de ses responsables légaux soient transmises aux associations de parents d'élèves de l'établissement.

☐ **refusons** que les nom et prénom de notre enfant scolarisé et les coordonnées de ses responsables légaux soient transmises aux associations de parents d'élèves de l'établissement.

Informations médicales et Autorisation d'hospitalisation

MERCI DE VERIFIER et de COMPLETER CET ENCART :

- **Traitement médical longue durée, PAI, allergies** (médicaments, aliments, autres,...), maladie chronique (asthme, convulsions, diabète, ...), toutes difficultés de santé (appareil, opération, accident, point de vigilance ...)
- Merci de nous indiquer ici les **suivis extérieurs** dont notre enfant bénéficie (orthophoniste, orthoptiste, psychologue, psychomotricien, CMP, ...) en précisant la périodicité de la prise en charge ainsi que le nom et numéro de téléphone du ou des professionnels.

ALLERGIE(S) : ☐ NON ☐ OUI (à préciser) :

TRAITEMENT MEDICAL LONGUE DURÉE :
.....

SUIVIS(S) EXTERIEUR(S) :
.....

P.A.I (Protocole d'Accueil) ☐ ☐ Individualisé) : NON OUI : (motif)

mis en place pour permettre aux élèves atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période de poursuivre leur scolarité. Il doit permettre la prise de traitement indispensable ou la mise en place d'un protocole d'urgence (enfant allergique par exemple)
Circulaire interministérielle n°2003-135 du 08 septembre 2003

Médecin traitant

Nom / Prénom :

Commune :

Téléphone (fixe et/ou port) :

En cas d'urgence ou de maladie, nous appelons les parents. En cas d'absence des parents, personnes à prévenir en ordre de priorité :

	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}
Nom et prénom			
Lien avec l'enfant			
Tel portable ou pro			

Nous autorisons Mme. SERRET Roselyne, chef d'établissement de l'École privée SAINTE THERESE, à prendre, en cas d'accident grave, toutes décisions d'hospitalisation et d'interventions cliniques jugées indispensables et urgentes par le médecin appelé et consulté. La présente autorisation vaut pour les enfants scolarisés dans l'établissement.

Merci d'indiquer le lieu d'hospitalisation souhaité :

Renseignements complémentaires

AUTORISATION DE SORTIE À 12H00 ET 16H30

Je soussigné(e)

☐ autorise mon enfant à quitter l'école à : ☐ 12h00 ☐ 16h30

Une carte d'autorisation à présenter au portail sera remise à votre enfant.

☐ autorise les personnes indiquées ci-dessous à venir chercher mon enfant.

Nom et Prénom			
Lien avec enfant :			
n° tel :			

Attention : tout changement devra être signalé par écrit sur le cahier de liaison.

☐ viens chercher moi-même (ou mon conjoint) mon enfant.

Vos informations étant confidentielles, cette fiche ne peut être modifiée que par vos soins et ne peut pas être communiquée à d'autres structures.

☐ En soumettant ce formulaire j'accepte que les informations saisies soient exploitées dans le cadre de la scolarité de mon enfant.
Pour connaître et exercer vos droits, notamment de retrait de votre consentement à l'utilisation des données collectées par cette fiche, veuillez consulter notre politique de confidentialité sur notre site internet (adresse du site) ou bien sur l'exemplaire papier qui vous sera transmis à votre demande.

Le, Signature des deux parents :