



18 Av. Louis Gerin
38580 ALLEVARD
Tel : 04 76 45 14 21

contact@ecolesainthugues.net
<http://www.ecolesainthugues.net>

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ANNÉE SCOLAIRE 2026/2027

NOM de l'enfant : Prénom :
Né(e) le : à Classe.....

Coordonnées du père	Coordonnées de la mère
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse : Code Postal et Ville :	Adresse : Code Postal et Ville :
Tel. domicile :	Tel. domicile :
Email :	Email :
Tel. Portable :	Tel. Portable :
Profession :	Profession :
Employeur Adresse :	Employeur Adresse :
Tel. travail :	Tel. travail :
N° Sécurité Sociale :	N° Sécurité Sociale :

Situation de famille : marié : ☐ divorcé : ☐ autre : ☐

Nombre d'enfants dans la famille :

	Nom-Prénom	Date de naissance
Enfant 1		
Enfant 2		
Enfant 3		

École(s) précédemment fréquentée(s)

Port de lunettes : ☐ oui ☐ non

Suivi extérieur (Orthophonie, Psychologue ...) : depuis le :

Nom Adresse Tel :
depuis le :

Nom Adresse Tel :

Régime alimentaire :

Allergies :

Traitement médical :

L'enfant de TPS/PS/MS/GS doit être accompagné dans la classe et la sortie se fait à la porte de la classe des TPS/PS/MS pour tous les élèves de maternelles, directement pris en charge par un adulte.

L'enfant du CP au CM2 :

☐ peut sortir seul à la fin de la classe ; l'établissement se décharge de toutes responsabilités dès que l'enfant franchit le portail de l'école.

☐ prend les transports scolaires ; l'établissement assure l'accompagnement jusqu'à l'arrêt de bus du cimetière mais n'est plus responsable après la montée dans le bus.

☐ doit sortir accompagné.

Nom des personnes susceptibles de venir chercher l'enfant et téléphone :

DÉLÉGATION ANNUELLE DE POUVOIR EN CAS D'URGENCE

Je, soussigné(e).....(père, mère, tuteur*) autorise la Directrice de l'école Saint Hugues d'Allevard ou tout autre enseignant, à prendre, en cas d'urgence au regard de l'état de santé de mon enfanten classe de, toutes décisions de transports, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale si possible dans l'établissement hospitalier ci-après désigné : à
(sans précision de votre part, l'enfant sera conduit au service d'urgence du centre hospitalier le plus proche).
Je vous joins les coordonnées de mon médecin de famille pour obtenir, le cas échéant, son avis :
Docteur Adresse :
Tel :

Fait à, le.....
Signatures du ou des parent(s)

N.B : (*) Barrez la mention inutile

AUTORISATION PARENTALE POUR LES SORTIES SCOLAIRES

(Valable uniquement pour les activités et sorties organisées dans le temps scolaire)

Je, soussigné(e)..... autorise mon enfant (nom, prénom)
..... en classe de à participer aux sorties et activités* organisées dans le temps scolaire (entre 8h30 et 12h00 et 13h55 et 16h25) et à utiliser les moyens de transports marche à pied ou car.

Fait à, le.....
Signature du ou des parent(s)

N.B : (*) : bibliothèque, activités sportives (au dojo, au stade, au gymnase...), piscine, cinéma, théâtre

AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGES ET VOIX

Je, soussigné(e)..... (père, mère, tuteur) de l'enfant ,
autorise l'école Saint Hugues d'Allevard, à utiliser les images fixes ou animées, audiovisuelles ou du multimédia prises au cours d'activités pédagogiques ou reflétant la vie scolaire (presse et site internet et Instagram de l'école).

Fait à, le.....
Signature du ou des parent(s)

**ACTIVITES PEDAGOGIQUES COMPLEMENTAIRES (APC) et
ENSEIGNEMENT SPECIALISE de la MS au CM2**

Je, soussigné(e).....autorise mon enfant (nom, prénom)
..... en classe de

- à participer au programme des activités pédagogiques complémentaires qui lui sera proposé pendant l'année scolaire : la méthodologie du travail personnel, l'aide aux élèves en difficulté et les activités liées au projet de l'école. Les séances auront lieu le soir après la classe.

L'inscription rend **obligatoire** la présence de mon enfant au programme des activités complémentaires.

- autorise mon enfant à participer aux séances en aide spécialisée avec Madame Leplomb (maître spécialisé) qui ont lieu le lundi, dans l'école, sur temps scolaire. Cette aide se met en place en concertation avec l'enseignante de la classe.

Fait à, le.....

Signature du ou des parent(s)

**AUTORISATION POUR DES SORTIES REGULIERES POUR LES PRISES EN
CHARGE DE SPECIALISTES (orthophoniste, psychomotricien, psychologue,...)**

Mon enfant inscrit en classe de ne sera pas présent

- en classe le(s) deheures à heures pour
la raison suivante (Nom et spécificité spécialiste)

Cette information est valable jusqu'au

- en classe le(s) deheures à heures pour
la raison suivante (Nom et spécificité spécialiste)

Cette information est valable jusqu'au

Fait à le

Signature du ou des parent(s)