ACADÉMIE
DE DIJON
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de Côte-d'Or

2. *FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX*

ENFANT

NOM : Prénom :

Né (e) le : / / 20 à :

Adresse :

PARENTS

	PERE		MERE	
Nom				
Prénom				
Date de naissance				
Profession				
ADRESSE				
N° téléphone	Domicile	Portable	Domicile	Portable
Nom – Prénom de l'assuré ouvrant droit à l'enfant :				
N° sécurité sociale :			Caisse :	

Titulaire de l'autorité parentale :

☐ Père & Mère ☐ Père ☐ Mère

☐ Autre : (précisez)

FRERES ET SOEURS

NOM et Prénom	Date de naissance	École fréquentée ou profession
	/ / 20	
	/ / 20	
	/ / 20	
	/ / 20	
	/ / 20	
	/ / 20	
	/ / 20	
	/ / 20	

MESURES EDUCATIVES (AEMO, AED, IOE, ASE), SERVICES SOCIAUX ET ORGANISMES CONNAISSANT LA FAMILLE, L'ENFANT

(Indiquer les prises en charge médicales ou rééducatives extérieures à l'école)

Service	Personnel Référent : NOM et Prénom	Adresse service	Téléphone

Merci de nous indiquer toute précision que vous jugeriez utile au sujet de votre enfant.

Document rempli par : le père ☐ la mère ☐

Date : / / 20

Signature (s) du (des) parent(s) :