

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : 2017/2018

Classe : _____

ELEVE

NOM : Sexe : M F

Prénom :

Né(e) le : Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Commune :

RESPONSABLE LEGAUX

Mère : Nom de jeune fille : Autorité parentale : Oui Non

Nom marital (nom d'usage)..... Prénom :

Profession : Situation familiale :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél domicile : Tél portable : Tél travail :

Courriel :

Père : Autorité parentale : Oui Non

Nom Prénom :

Profession : Situation familiale :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél domicile : Tél portable : Tél travail :

Courriel :

PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE

NOM Personne à appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : Personne autorisée à prendre l'enfant

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél domicile : Tél portable : Tél travail :

NOM Personne à appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : Personne autorisée à prendre l'enfant

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél domicile : Tél portable : Tél travail :

INFORMATIONS PERISCOLAIRES

Garderie matin Oui Non Lundi Mardi Jeudi Vendredi
Garderie soir /Etude surveillée Oui Non Lundi Mardi Jeudi Vendredi
Restauration scolaire Oui Non Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Si oui, quel est le 1^{er} jour souhaité de fréquentation de la restauration scolaire.

Sans indication de votre part, le 1^{er} jour sera celui de la rentrée et la facturation s'effectuera à compter du 1^{er} septembre 2017.

Tout repas non décommandé en temps utile (la veille avant 10 h) sera facturé quel que soit le motif de l'absence)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (informations obligatoires)

Vaccination obligatoire

La primo vaccination pour le DT Polio (2 injections et un rappel à 11 mois) est obligatoire chez l'enfant. Deux rappels jusqu'à l'âge de 13 ans sont obligatoires pour la poliomyélite.

DT Polio Oui Non ⁽¹⁾ Année du dernier rappel :

Maladies/Allergies

- Asthme⁽²⁾ Oui Non
- Allergies alimentaires reconnues avec prescription médicale⁽²⁾ Oui Non
- Allergies médicamenteuses⁽²⁾ Oui Non
- Autres allergies connues (animaux, pollen, ...) ⁽²⁾ Oui Non

Si oui dans l'un des cas précédents, préciser la cause de l'allergie, **les signes évocateurs** et **la conduite à tenir** :

Votre enfant présente des difficultés de santé particulières⁽²⁾ : Oui Non

Si oui, préciser lesquelles :

Votre enfant bénéficie d'un PAI (Projet d'accueil Individualisé) ⁽²⁾ Oui Non

Précisions complémentaires

Votre enfant porte (rayer les mentions inutiles)

Des lunettes, un appareil dentaire, un appareil auditif d'autres appareillages, précisez ⁽²⁾.....

(2) Dans ce cas, pour un meilleur accueil de votre enfant, merci de prendre contact avec les responsables d'activités

AUTORISATION PARENTALE LIEE AU DROIT A L'IMAGE

Madame, Monsieur,responsable légal(e) de l'élève.....
en classe de autorise/n'autorise pas (1) la publication des photos de mon enfant prises dans le cadre des activités périscolaires.

Signatures

Père

Mère

(1) Rayer la mention inutile

AUTORISATIONS

J'autorise/je n'autorise pas (1) mon enfant à rentrer seul après les activités périscolaires ci-dessous désignées :

Garderie soir /Etude surveillée Oui Non lundi, mardi, jeudi 19h, vendredi 18h30

J'autorise/je n'autorise pas (1) les responsables des activités périscolaires (garderie du matin, garderie/étude surveillée, à prendre les dispositions nécessaires en cas d'urgences

Signatures

Père

Mère

(1) Rayer la mention inutile