



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

PHOTO

ne pas la coller

Années : 20. /20.. - 20. /20.. - 20. /20.. - 20. /20.. - 20. /20..

Classes: / / / /

L'ENFANT

Nom.....Prénom.....

Adresse

Date et lieu de naissance Fille Garçon

FRERES, SOEURS :

Nom

Prénom

Né'e) le /Classe

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

Services fréquentés à la rentrée par votre enfant :

(Informations données à titre indicatif, pour les réservations voir dossier Accueils de Loisirs et Garderie)

ALAE (Matin et/ou Soir)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
ALAE midi (Restauration scolaire)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
ALSH (Mercredi et/ou vacances scolaires)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Transport scolaire	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> N° de ligne :

PARENTS, RESPONSABLES LEGAUX

Coordonnées :

	Parent 1	Parent 2	Tuteur
Nom, Prénom			
Adresse			
Tél. domicile			
Tél. port			
Tél. travail			
Mail			
Profession			
Employeur			
Code CSP (voir fiche jointe)			

Situation de famille :

(célibataire – marié(e) – veuf(ve) – divorcé(e) – séparé(e) - vie maritale - pacsé(e))

Les deux parents sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale ?

OUI NON GARDE PARTAGEE *

**en cas de décision de justice joindre la copie de l'acte correspondant*

Nom et n° de Téléphone d'une personne à contacter en cas d'urgence (autre que les parents) :

Lien avec l'enfant :

Nom, adresse et n° de Téléphone du médecin traitant (à contacter en cas d'urgence) :

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) M....., agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale, autorise :

- la prise de photo de mon enfant et son éventuelle diffusion

Journal école: oui non / Presse : oui non / Photo scolaire : oui non

Blog de l'école : oui non / ENT : oui non

- les personnes suivantes, autres que les parents, autorisé(es) à venir chercher l'enfant sur le temps scolaire

Nom, prénom et numéro de téléphone des personnes autorisées

Nom et prénom N° Tél. :

Nom et prénom N° Tél. :

Nom et prénom N° Tél. :

Nom et prénom N° Tél. :

Nom et prénom N° Tél. :

Une pièce d'identité pourra être demandée aux parents ou personnes habilitées.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires

Date du dernier rappel DTP/polio :

Pour toute intolérance, allergie alimentaire ou maladie longue durée (type asthme...) il est obligatoire de fournir un certificat médical du médecin traitant, ce qui par la suite entraînera la mise en place d'un PAI (Protocole d'Accueil Individuel) de façon à connaître la marche à suivre, les médicaments à administrer en cas de problème ou de pouvoir adapter les repas à l'allergie de l'enfant.

Mon enfant présente une allergie, intolérance ou maladie longue durée, je souhaite la mise en place d'un PAI pour :

J'autorise le responsable du service à prendre toutes les mesures d'urgences (intervention des secours, hospitalisation, ...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ ou RECOMMANDATION :

Fait à Bérat , en CP le Signature(s) du (des) titulaire(s) de l'autorité parentale

En CE1 le

En CE2 le

En CM1 le

En CM2 le