Fiche de renseignements

Merci de compléter toutes les rubriques avec le plus grand soin. En cours d'année, faites part au directeur ou à l'enseignant de votre enfant de toute modification. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin scolaire.

ELEVE

Nom :……..……..…….. Prénom : ……..……..……. Classe : ……

Nom et adresse de l'école précédente : …….……

Date de naissance : …..…/……/……Commune de naissance : ….....……...

Nationalité : ☐ française ☐ autre : ……

Assurance : ……..…… N° de police : ……..……..
(L'attestation est à fournir le plus rapidement possible)

N° et adresse du centre de sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant :

……..……..

N° de CAF :……

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : ……..…/……/……
(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Problèmes médicaux à signaler (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre…)
Si votre enfant a un problème de santé pouvant nécessiter un traitement à l'école, ou (et) un régime alimentaire strict, il peut bénéficier de la mise en place d'un Projet d'Accueil individualisé(PAI). Le PAI permet d'appliquer sur le temps scolaire et périscolaire l'ordonnance fournie par le médecin.
……..…..

……..……...

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant : ……..……..

……..……...

Sports :
Mon enfant est apte à la pratique de tous les sports.
Dans le cas contraire, je joins un certificat médical le précisant. Mon enfant est inapte à la pratique du :

……

En absence de certificat médical, l'enseignant peut faire pratiquer tous les sports y compris la natation.

Port de lunettes :

- ❑ Mon enfant ne porte pas de lunettes.
- ❑ Mon enfant porte des lunettes tout le temps y compris pendant les récréations.
- ❑ Mon enfant porte des lunettes uniquement pour travailler.

Documents à fournir pour constituer le dossier : photo d'identité, photocopie des vaccins à jours, attestation d'assurance (comportant la *garantie Responsabilité Civile* et la *garantie Individuelle Accidents Corporels*), photocopie de l'avis d'imposition sous enveloppe cachetée (pour le calcul de quotient familial).

Tournez SVP

PARENTS / TUTEURS / RESPONSABLES LEGAUX

L'adresse des deux parents est obligatoire pour les élections et l'envoi des bulletins trimestriels. Merci de veiller à écrire lisiblement l'adresse mail.

Responsable légal (1) :

Nom : ……..…..…… Prénom : ……..

Nationalité : ☐ française ☐ autre : ……

Adresse : ……..……..

☎ Portable : ……...…

☎ Domicile : ……..……. ☎ Travail : ……..……

Courriel :

																								@														

Responsable légal (2):

Nom : ……..…..…… Prénom : ……..

Nationalité : ☐ française ☐ autre : ……

Adresse : ……..……..

☎ Portable : ……...…

☎ Domicile : ……..……..…… ☎ Travail : ……..……

Courriel :

																								@														

Autres personnes susceptibles de vous prévenir rapidement en cas d'accident :

Nom	Qualité	Téléphone

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Autorisation d'intervention chirurgicale

Je soussigné(e) ……..…

Autorise l'anesthésie de notre fils/fille ……

Au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à l'évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

Autorisations diverses

Je soussigné(e) ……

Oui❑	Non❑	autorise la communication de mon adresse personnelle, telle qu'elle figure dans les registres des élèves inscrits, aux associations de parents d'élèves

Dans le cadre du centre de loisirs et de l'accueil périscolaire :

Oui❑	Non❑	autorise mon enfant à participer à toutes les activités, y compris les sorties hors de la commune (quel que soit le moyen de Transport.
Oui❑	Non❑	autorise mon enfant à quitter le Centre de loisirs ou l'école sous la responsabilité de : Nom : ……..… Prénom :…….. (Nous pouvons demander la carte d'identité. Merci de préciser le nom des personnes affiliées aux activités extérieures tel que multisports, poney…)
Oui❑	Non❑	autorise le centre de loisirs à photographier mon enfant dans un cadre ludique.

Date **Signature(s)**