



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Merci de remplir soigneusement cette fiche au stylo noir, en écrivant lisiblement les numéros de téléphone et les noms avec accents.

Elève : NOM..... Prénom..... Sexe : masc./fém.

Date de naissance...../...../..... Lieu de naissance :

Nationalité

Port de lunettes : non / oui, en classe seulement / oui, même en récréation

Port de lentilles : non / oui Prothèse Auditive : oui / non Appareil Dentaire : oui / non

PAI (en cas de problème médical nécessitant une prise en charge à l'école **joindre une copie à la mairie**) : oui / non

Si oui, nature de la pathologie :

Allergies (alimentaire, médicamenteuse, asthme, ...) :

Autres observations (précautions particulières,...) :

PERISCOLAIRE	jamais	occasionnel	tous les jours	le matin	le soir
Restauration					
Garderie					
Ramassage					

Situation de famille des parents (mariés, concubins, séparés,...) :

MERE

NOM :

Prénom :

Adresse :

Résidence de l'enfant : oui / non / garde alternée

Profession :

Nom et adresse de l'entreprise :

domicile.....

Portable.....

Professionnel.....

e-mail :@.....

PERE

NOM :

Prénom :

Adresse (si différente de celle de la mère) :

Résidence de l'enfant : oui / non / garde alternée

Profession :

Nom et adresse de l'entreprise :

domicile.....

Portable.....

Professionnel.....

e-mail :@.....

En cas de placement en famille d'accueil :

NOM de l'assistante familiale : Prénom :


Adresse :

Domicile..... portable..... professionnel.....

e-mail :@.....

AUTRES PERSONNES A CONTACTER

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous indiquant au moins un numéro de téléphone de personne proche susceptible de vous joindre si nous n'y parvenons pas.

NOM	Prénom	Qualité (grands-parents, beau-père,...)	

FRERES ET SOEURS

NOM	Prénom	Date de naissance	Lieu de scolarisation (si scolarisés)

AUTORISATION DE DIFFUSION

Nous donnons notre accord pour la diffusion par l'école et l'accueil collectif de mineurs sur internet (sites institutionnels uniquement) et tout autre support papier, numérique,...

- des photos et des vidéos de mon enfant prises dans un cadre pédagogique	oui / non *
- des enregistrements sonores de sa voix pris dans un cadre pédagogique	oui / non *
- des créations réalisées par mon enfant en classe (dessins, écrits, autres productions plastiques,...)	oui / non *

* **Rayez la mention inutile**

En cas de refus d'autorisation, votre enfant devra être écarté des prises de vue et de son (sans que sa participation à l'activité ne soit compromise).

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

- j'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives	oui / non *
- j'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées	oui / non *
- autorisation de transport en véhicule et car de location	oui / non *
* Rayez la mention inutile	

POUR LES MATERNELLES, PRIMAIRES, ACCUEIL PERISCOLAIRE et CENTRE DE LOISIRS : personnes autorisées à prendre en charge l'enfant

Si l'élève n'est pas remis aux parents, la personne qui vient chercher l'enfant doit y être autorisée. Les parents s'accorderont sur les noms qu'ils feront apparaître dans la liste suivante ou fourniront une autorisation écrite à toute personne n'y figurant pas.

*Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant
scolarisé en classe de à l'école Saint Exupéry à Abzac ou au centre de loisirs, autorise les personnes désignées ci-dessous à récupérer à ma place pour l'année en cours.*

NOM	Prénom	Qualité (grands-parents, beau-père,...)	Téléphone

DOSSIER MEDICAL et INFORMATIONS DIVERSES (A REMPLIR OBLIGATOIREMENT)

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. Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Médecin traitant :

adresse :

**Centre de sécurité sociale :**

adresse :

n° Sécu :

Organisme assurance scolaire :

adresse :

n° adhérent :

N° Allocataire CAF ou MSA

n° adhérent

INFORMATIONS VACCINATIONS (se référer au carnet de santé). JOINDRE OBLIGATOIREMENT le certificat de vaccinations ou la photocopie des vaccins sur carnet de santé.

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autre (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

Renseignements médicaux concernant l'enfant

A titre indicatif : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

Je soussigné(e),..... responsable légal de l'enfant,
..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'ensemble des équipes à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date et Signature des deux parents (Mention « lu et approuvé »)