

**FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS A COMPLÉTER POUR CHAQUE ENFANT**

Document non confidentiel. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention du médecin scolaire.

**ELEVE**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le / / à \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
 Classe (2017-2018) : \_\_\_\_\_ N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_  
 N° sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Adresse du centre : \_\_\_\_\_  
 Nom et adresse de l'assurance scolaire: \_\_\_\_\_

**RESPONSABLES LEGAUX**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
 Mel : \_\_\_\_\_ Tel fixe : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
 Mel : \_\_\_\_\_ Tel fixe : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_

AUTRE RESPONSABLE LEGAL (personne physique ou morale) :

Organisme : \_\_\_\_\_ Personnel référent : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
 Mel : \_\_\_\_\_ Tel fixe : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_

**FRERES ET SŒURS inscrits à l'école**

Nom	Prénom	Classe

**URGENCE**

L'état de santé d'un enfant accidenté ou malade peut nécessiter une hospitalisation en urgence par les services de secours (pompiers, SAMU) vers un centre de soins. **(Rappel : un enfant ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille).**

Mère Tel d'urgence : \_\_\_\_\_ Père Tel d'urgence : \_\_\_\_\_

Autres adultes pouvant prendre en charge rapidement l'enfant:

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

**Autorisation d'anesthésie et d'intervention chirurgicale:**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_, autorise l'anesthésie et l'intervention chirurgicale au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, son état le nécessiterait.

J'autorise le transfert de mon enfant vers  le CHU  la clinique \_\_\_\_\_ Cochez vos choix  
 à \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_ **Signature:** \_\_\_\_\_

Nom et coordonnées de votre **médecin de famille** (facultatif) : \_\_\_\_\_

Informations médicales importantes à signaler :

**PERSONNES AUTORISEES A REPRENDRE L'ENFANT À L'ECOLE**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal de \_\_\_\_\_, élève de l'école primaire Hélène MOULIN, autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant à la sortie des classes ou de la garderie périscolaire le midi ou le soir :

Nom	Prénom	Adresse	Téléphone

Tourner la page →

**Signature :**

### RESTAURANT SCOLAIRE

Mon enfant déjeunera à la cantine :

Cochez vos choix

Oui       Non       Occasionnellement

Lundi	Mardi	Jeudi	vendredi

J'ai lu et j'accepte le règlement intérieur du service de cantine

**Signature :**

Qualité :

**Note :** Prendre contact avec le personnel du restaurant scolaire et avec la direction de l'école, lors de l'inscription de votre enfant, pour établir un P.A.I. avec le médecin scolaire si nécessaire.

### GARDERIE PERISCOLAIRE

Mon enfant ira à la garderie :

Oui       Non       Occasionnellement

Cochez avec précision	7h35-8h30	12h-13h	16h	16h30-17h30	17h30-18h30
Lundi					
Mardi					
Mercredi					
Jeudi					
Vendredi					

J'ai lu et j'accepte le règlement intérieur de la garderie périscolaire

**Signature :**

Qualité :

### AUTORISATION DE SORTIE DE L'ECOLE

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de \_\_\_\_\_, autorise mon enfant inscrit en classe élémentaire, à sortir seul de l'école à la fin des activités périscolaires.

**Signature :**

### AUTORISATION DU DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de \_\_\_\_\_, déclare autoriser les prises de photos/ vidéos par les enseignants et/ou le personnel municipal :

- Pour une utilisation dans l'enceinte du groupe scolaire :       Autorise       N'autorise pas  
(Cahier de vie des enfants - panneaux d'affichage - petit journal périscolaire)

- Pour une utilisation dans le cadre de diffusion       Autorise       N'autorise pas  
(Bulletin municipal - presse - site internet de la mairie)

- Pour une utilisation dans le blog des activités périscolaires       Autorise       N'autorise pas

**Signature :**

### ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES

Mon enfant participera aux TAP : oui / non

Merci de cocher les jours de présences, dans le tableau ci-dessous :

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Maternelle 13 h 20/14 h 05 (sieste incluse)				
Élémentaire 15 h 30 /16 h 30				

J'ai lu et j'accepte le règlement des activités périscolaires.

**Signature :**

Qualité :