

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année 2020/2021

Ecole maternelle
Ecole élémentaire
Service Enfance jeunesse



saint-sulpice-le-guérétois

L'ENFANT

Sexe : M F Nom : Prénom : Né le :
Classe 2020 / 2021 :

RESPONSABLE LEGAL 1

Statut : Père Mère Tuteur Autres :
Nom : Prénom :
Situation : Vie maritale Séparé(e) Adresse :
} Domicile : } Portable : } Travail :
Mail : Code profession : Profession :
J'accepte de fournir mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui Non

RESPONSABLE LEGAL 2

Statut : Père Mère Tuteur Autres :
Nom : Prénom :
Situation : Vie maritale Séparé(e) Adresse :
} Domicile : } Portable : } Travail :
Mail : Code profession : Profession :
J'accepte de fournir mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui Non

Numéros utiles

Numéro de sécurité sociale qui couvre l'enfant
Adresse du centre de sécurité sociale
Numéro de police de l'assurance scolaire
Organisme d'assurance et adresse

PERSONNE SUPPLEMENTAIRE

Nom : Prénom : Tél :
Lien avec l'enfant : autorise à venir chercher l'enfant autorise à prévenir en cas d'urgence

PERSONNE SUPPLEMENTAIRE

Nom : Prénom : Tél :
Lien avec l'enfant : autorise à venir chercher l'enfant autorise à prévenir en cas d'urgence

PERSONNE SUPPLEMENTAIRE

Nom : Prénom : Tél :
Lien avec l'enfant : autorise à venir chercher l'enfant autorise à prévenir en cas d'urgence

PERSONNE SUPPLEMENTAIRE

Nom : Prénom : Tél :
Lien avec l'enfant : autorise à venir chercher l'enfant autorise à prévenir en cas d'urgence

PERSONNE SUPPLEMENTAIRE

Nom : Prénom : Tél :
Lien avec l'enfant : autorise à venir chercher l'enfant autorise à prévenir en cas d'urgence

POUR LES ENFANTS QUI FREQUENTENT L'ACCUEIL PERISCOLAIRE

L'enfant suit actuellement un traitement médical : Oui Non

Si oui, vous devez joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance

Joindre avec ce dossier :

0 N° Allocataire CAF (si bénéficiaire) :

0 Si non bénéficiaire de la CAF : copie du dernier avis d'imposition (ou des deux avis d'imposition pour les couples qui font deux déclarations séparées)

La facturation sera toujours établie au nom du responsable légal 1 (sauf contre-indication écrite de votre part).

Si vous n'autorisez pas la publication de photos ou de vidéos de votre enfant, merci de fournir un courrier.

Restaurant scolaire : Oui Non

Transport scolaire : Oui Non

Accueil périscolaire matin : Oui Non

Accueil périscolaire soir : Oui Non

DIFFICULTES DE SANTE

L'enfant est-il allergique ? Asthme Alimentaire Médicamenteuse Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

Régime alimentaire (sans porc, sans viande, végétarien, ...) :

Indiquez les problèmes de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation) de l'enfant en précisant les dates et les éventuelles précautions à prendre :

AUTRES RECOMMANDATIONS

Autres informations utiles au sujet de l'enfant : (lentilles, prothèses auditives ou dentaires, etc...)

MEDECIN TRAITANT

Nom :

Ville :

Téléphone :

Hôpital :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Date du dernier rappel DTPolio :/...../.....

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 (une photocopie de cette fiche d'urgence sera remise aux secours).

La famille est immédiatement avertie par nos soins.

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

SIGNATURE

Je certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche et m'engage à informer tout changement.

Je déclare avoir pris connaissance et accepter les règlements intérieurs en vigueur (école et service enfance jeunesse)

Lu et approuvé

Fait à Le

Signature du Responsable Légal