



L'ENFANT			
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nom : <input type="text"/>	Prénoms : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Né(e) le <input type="text"/>	Commune de naissance <input type="text"/>	Département de naissance : <input type="text"/>	
Classe 2022 / 2023 : <input type="text"/>			

RESPONSABLE LEGAL 1			
Statut : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="text"/>		
Nom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>		
Adresse : <input type="text"/>	code postal <input type="text"/>		
Commune : <input type="text"/>	L'élève habite-t-il à cette adresse ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
☎ Domicile : <input type="text"/>	☎ Portable : <input type="text"/>	☎ Travail : <input type="text"/>	
Mail : <input type="text"/>	Code profession : <input type="text"/>	Profession : <input type="text"/>	
<i>J'accepte de fournir mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves</i> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

RESPONSABLE LEGAL 2			
Statut : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="text"/>		
Nom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>		
Adresse : <input type="text"/>	code postal <input type="text"/>		
Commune : <input type="text"/>	L'élève habite-t-il à cette adresse ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
☎ Domicile : <input type="text"/>	☎ Portable : <input type="text"/>	☎ Travail : <input type="text"/>	
Mail : <input type="text"/>	Code profession : <input type="text"/>	Profession : <input type="text"/>	
<i>J'accepte de fournir mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves</i> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Numéros utiles	
Numéro de sécurité sociale qui couvre l'enfant	<input type="text"/>
Adresse du centre de sécurité sociale	<input type="text"/>
Numéro de police de l'assurance scolaire	<input type="text"/>
Organisme d'assurance et adresse	<input type="text"/>

PERSONNE SUPPLEMENTAIRE			
Nom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Tél1 <input type="text"/>	tel2 : <input type="text"/>
Lien avec l'enfant : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> autorise à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/> autorise à prévenir en cas d'urgence			

PERSONNE SUPPLEMENTAIRE			
Nom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Tél1 <input type="text"/>	tel2 : <input type="text"/>
Lien avec l'enfant : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> autorise à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/> autorise à prévenir en cas d'urgence			

PERSONNE SUPPLEMENTAIRE			
Nom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Tél1 <input type="text"/>	tel2 : <input type="text"/>
Lien avec l'enfant : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> autorise à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/> autorise à prévenir en cas d'urgence			

PERSONNE SUPPLEMENTAIRE			
Nom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Tél1 <input type="text"/>	tel2 : <input type="text"/>
Lien avec l'enfant : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> autorise à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/> autorise à prévenir en cas d'urgence			

PERSONNE SUPPLEMENTAIRE			
Nom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Tél1 <input type="text"/>	tel2 : <input type="text"/>
Lien avec l'enfant : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> autorise à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/> 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 Autre :

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 : (lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires, etc... et précautions à prendre)

MEDECIN TRAITANT

Nom :

Ville :

Téléphone :

Hôpital :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Date du dernier rappel contre la diphtérie/tétanos/poliomyélite (DTP) :/...../.....

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