



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2017-2018

A remettre au service scolaire avant le 11 juin 2017

Ecole Fréquentée :

Elémentaire Louis Pasteur

Maternelle Jean de la Fontaine

## ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / .....  Garçon  Fille

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

## RENSEIGNEMENTS

Médecin Traitant : Dr ..... Tel. : .....

Vaccin	Date	Vaccin	Date	Vaccin	Date
B. C. G		S.T. Polio		R.O.R	

Votre enfant porte-il :  Lentilles  Lunettes  Prothèses Auditives

Prothèses ou appareil dentaire  Autre (Précisez) : .....

**Allergie :** Respiratoire :  Oui  Non Médicamenteuse :  Oui  Non

Alimentaire :  Oui  Non

*En cas d'allergie ou de maladie chronique nécessitant des aménagements particuliers ou une prise de traitement médical sur les temps d'accueil de l'enfant, un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) doit impérativement être établi. S'il a déjà été établi l'année précédente, pensez à le renouveler.*

## AUTORISATIONS

Je soussigné(e) .....  Père,  Mère,  Tuteur, autorise mon enfant

⇒ A être photographié ou filmé lors des manifestations de la Ville et autorise la diffusion de ces images sur divers supports médiatiques municipaux.  Oui  Non

⇒ Pour le cycle élémentaire uniquement :

A quitter seul la structure après les différents accueils périscolaires auxquels il est inscrit :

NAP, Etudes, Garderie :  Oui  Non

J'autorise la Ville, à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date : ..... Signature :

**RENSEIGNEMENTS SUR LA COMPOSITION DU FOYER (MEME ADRESSE)**

**Représentant 1 :**  Père  Mère  Autorité Parentale

Sauf demande contraire, le dossier est établi au nom du représentant 1

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél Dom : ..... Tél Port : ..... Tél Pro : .....

E-mail : .....

Profession / Employeur : .....

Numéro CAF : .....

**Représentant 2 :**  Père  Mère  Autre (à préciser) .....  Autorité Parentale

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél Port : ..... Tél Pro : .....

E-mail : .....

Profession / Employeur : .....

Situation Matrimoniale :  Mariés  Pacsés  Vie Maritale  Célibataire  Veuf(ve)

**Autre représentant :**  Père  Mère  Autorité Parentale

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél Dom : ..... Tél Port : ..... Tél Pro : .....

E-mail : .....

Profession / Employeur : .....

Situation Matrimoniale :  Séparés  Divorcés

(Fournir le jugement de divorce concernant la garde des enfants)

**PERSONNES AUTORISEES**

Personnes autres que les parents à joindre en cas d'urgence

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Tél : .....

Personnes autres que les parents habilitées à récupérer l'enfant

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Tél : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Tél : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Tél : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Tél : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Tél : .....

Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et m'engage à signaler toute modification dans les plus brefs délais au service scolaire et périscolaire qui se réserve le droit de demander des justificatifs complémentaires.

Date : ..... Signature :

Les informations personnelles que vous nous communiquez sont strictement confidentielles et ne sont pas transmises à titre onéreux ou gratuit à des tiers.