



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

À destination de l'école, des accueils périscolaires/extrascolaires et de la mairie

Année scolaire 2021-2022

Classe :

Ecole :

L'ENFANT

NOM de famille :

Sexe : M F

Prénom(s) :/...../.....

Né(e) le :/...../..... Lieu de naissance : Département :

LES RESPONSABLES LÉGAUX

PARENT 1

NOM de famille : Prénom :

NOM d'usage :

Adresse :

Code postal : Commune :

L'élève habite-t-il à cette adresse : OUI NON

Tel domicile :/...../...../...../..... Tel portable :/...../...../...../..... Tel travail :/...../...../...../.....

Courriel :@.....

ATTENTION, ce courriel sera celui qui servira d'identifiant pour le portail familles !

J'accepte de communiquer mon courriel aux associations de parents d'élèves : OUI NON

PARENT 2

NOM de famille : Prénom :

NOM d'usage :

Adresse (si différente) :

Code postal : Commune :

L'élève habite-t-il à cette adresse : OUI NON

Tel domicile :/...../...../...../..... Tel portable :/...../...../...../..... Tel travail :/...../...../...../.....

Courriel :@.....

ATTENTION, ce courriel sera celui qui servira d'identifiant pour le portail familles !

J'accepte de communiquer mon courriel aux associations de parents d'élèves : OUI NON

AUTRE RESPONSABLE LÉGAL, précisez (tuteur, famille d'accueil...) :

NOM de famille : Prénom :

NOM d'usage :

Adresse :

Code postal : Commune :

L'élève habite-t-il à cette adresse : OUI NON

Tel domicile :/...../...../...../..... Tel portable :/...../...../...../..... Tel travail :/...../...../...../.....

Courriel :@.....

ATTENTION, ce courriel sera celui qui servira d'identifiant pour le portail familles !

J'accepte de communiquer mon courriel aux associations de parents d'élèves : OUI NON

En cas de procédure de divorce entre les parents de l'enfant, merci de nous faire parvenir, le cas échéant, l'ordonnance de non-conciliation si elle impacte la responsabilité d'un des parents.

AUTORISATIONS

DROIT À L'IMAGE

Nous acceptons que notre enfant soit photographié(e) ou filmé(e) pendant les activités à des fins de diffusion (presse locale, sites internet, réseaux sociaux, outils de communication internes à la structure...) : OUI NON

DÉPART DE L'ÉCOLE OU DE L'ACCUEIL (uniquement pour les élémentaires)

J'autorise mon enfant à quitter seul l'école ou l'accueil périscolaire-extrascolaire (le midi et/ou le soir) : OUI NON

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

1^{ère} personne – Lien de parenté :

NOM de famille : Prénom :

Tel domicile :/...../...../...../..... Tel portable :/...../...../...../..... Tel travail :/...../...../...../.....

2^{ème} personne – Lien de parenté :

NOM de famille : Prénom :

Tel domicile :/...../...../...../..... Tel portable :/...../...../...../..... Tel travail :/...../...../...../.....

3^{ème} personne – Lien de parenté :

NOM de famille : Prénom :

Tel domicile :/...../...../...../..... Tel portable :/...../...../...../..... Tel travail :/...../...../...../.....

SANTÉ

Vaccinations obligatoires :

Diphthérie/Tétanos/Poliomyélite (DTP) : OUI NON

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

Allergies :

- Alimentaires : OUI NON Précisez :

- Médicamenteuses : OUI NON Précisez :

Repas spécifiques :

Sans viande Sans porc Végétarien

Observations particulières (port de lunettes, appareil dentaire, asthme...) :

.....
.....

PAI :

L'accueil de mon enfant nécessite la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : OUI NON

En cas d'incertitude, merci de vous rapprocher de votre médecin traitant. Si PAI, le document devra être signé par le directeur de l'école, l'enseignant, la coordinatrice enfance-jeunesse, la responsable cantine, le médecin traitant et le médecin de l'éducation nationale.

Aucun médicament ne peut être administré à l'enfant en l'absence d'une ordonnance médicale – Dans le cadre des PAI ou de l'asthme, il est demandé aux familles de fournir le matériel médical en 3 exemplaires : un pour l'école, un pour la cantine, un pour l'accueil périscolaire/extrascolaire. Si l'enfant ne fréquente ni la cantine, ni l'accueil périscolaire/extrascolaire, merci de nous le notifier par mail : servcantine@stthurial.fr. Dans ce cas, un seul exemplaire sera nécessaire pour l'école.



J'autorise le directeur de l'école et/ou la coordinatrice enfance-jeunesse à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant : OUI NON

En signant cette fiche d'inscription, je garantis l'exactitude des renseignements indiqués et m'engage à communiquer auprès de la municipalité toutes modifications éventuelles.

Date : / /

Signatures des responsables légaux :