

Ecole de :

ÉLÈVE

NOM (élève) : _____ **Prénoms** : _____ **Sexe** : M F

Né (e) le : ___/___/___ **Lieu de naissance** (commune et département) : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ **Commune** : _____

Scolarité demandée : Maternelle **CYCLE 2** (CP, CE1) **CYCLE 3** (CE2, CM1, CM2) **Niveau** : _____

RESPONSABLES LEGAUX : Il est important de renseigner les deux responsables légaux

MERE **Nom de jeune fille** : _____ **Autorité parentale** : Oui Non

Nom marital (Nom d'usage) : _____ **Prénom** : _____

Adresse (si différente de celle de l'élève) : _____

Code postal : _____ **Commune** : _____

Téléphone domicile : _____ **Téléphone portable** : _____

Téléphone travail : _____ **Nom Employeur** : _____

Adresse mail : _____ @ _____

PERE **Autorité parentale** : Oui Non

Nom : _____ **Prénom** : _____

Adresse (si différente de celle de l'élève) : _____

Code postal : _____ **Commune** : _____

Téléphone domicile : _____ **Téléphone portable** : _____

Téléphone travail : _____ **Nom Employeur** : _____

Adresse mail : _____ @ _____

AUTRE RESPONSABLE LEGAL (personne physique et morale qui a la charge effective de l'enfant) **Autorité parentale** : Oui Non

Organisme : _____ **Personne référente** : _____

Fonction : _____ **Lien avec l'enfant** : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ **Commune** : _____

Téléphone domicile : _____ **Téléphone portable** : _____

Adresse mail : _____ @ _____

DOCUMENTS A FOURNIR :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Photocopie du livret de famille | <input type="checkbox"/> Lettre des parents, pour accord commun, pour la scolarisation de l'enfant à l'école |
| <input type="checkbox"/> Justificatif de domicile de moins de 3 mois | <input type="checkbox"/> En cas de séparation des parents, toute pièce justificative de l'attribution du droit de garde exclusif |
| <input type="checkbox"/> Copie des vaccinations | <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance responsabilité civile |
| <input type="checkbox"/> Certificat de radiation (si scolarisé dans une autre école) | |

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE

Nom : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone domicile : _____ téléphone portable : _____
Téléphone travail : _____

Nom : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone domicile : _____ téléphone portable : _____
Téléphone travail : _____

Nom : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone domicile : _____ téléphone portable : _____
Téléphone travail : _____

SERVICES PÉRISCOLAIRES* :

Garderie Matin : Oui Non Garderie Soir : Oui Non
Transport Scolaire : Oui Non Restaurant Scolaire : Oui Non

Date : _____ Signature des représentants légaux : _____

Alain Desfosses, Président

Les données renseignées sur cette fiche seront prises en compte par le directeur d'école dans le logiciel de L'Éducation nationale, « Base Élèves 1er degré ». Le Président de la Communauté de communes Somme Sud Ouest est également destinataire de ces données, dans le cadre de ses compétences légales en matière d'inscription scolaire et de contrôle de l'obligation scolaire.

Le droit d'accès et de rectification des personnes aux données les concernant s'exerce auprès du directeur, de l'IEN de circonscription ou du directeur académique des services de l'éducation des services de l'éducation nationale dans les conditions définies par les articles 39 et 40 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiées par la loi n°2004-801 du 6 août 2004.

* Les fiches périscolaires du dossier sont à renseigner précisément si l'enfant sera utilisateur de ces services.

Je, soussigné, M _____, agissant en tant que responsable légal de l'enfant : _____
déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m'engage à en respecter les termes.

DÉTAIL DES AUTORISATIONS

autorise le personnel à sortir _____ de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupes
 n'autorise pas

autorise _____ à être photographié et filmé pour un usage interne de l'établissement ou externe (journal de la communauté de communes, émissions télévisuelles, quotidien locaux, réseaux sociaux)
 n'autorise pas

autorise la direction de l'accueil périscolaire / extrascolaire à consulter notre dossier CAFPRO afin d'accéder directement aux ressources (Quotient, Nombre d'enfants à charge) à prendre en compte pour le calcul des tarifs. (le service CAFPRO.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement confidentiel à l'équipe de direction).
 n'autorise pas
Votre N° allocataire : _____

autorise le personnel à administrer à _____ les éventuelles médications prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance. Le personnel à administrer à _____ des antipyrétiques en cas de fièvre supérieure ou égale à 38°5 et selon le protocole de l'établissement.
 n'autorise pas

autorise l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant _____. (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie).
 n'autorise pas

autorise _____ à rentrer seul après les activités (les enfant de moins de 7 ans ne peuvent repartir seuls)
 n'autorise pas

autorise le personnel à transporter ou faire transporter _____ dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe.
 n'autorise pas

SIGNATURE

M _____ Fait à _____ le _____

Signature :

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

1 – VACCINATIONS*

*(se référer au carnet de santé ou joindre une copie du certificat de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs ? oui non Si oui 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 pris sans ordonnance et autorisation dûment signée des parents.**

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI 5 NON 5	OUI 5 NON 5			
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI 5 NON 5				

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non

AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

.....
.....
.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....
.....

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Date :

Signature :

TRANSPORT :

Transport scolaire : Oui Non

Lundi

-> Descente le midi* à : _____

-> Descente le soir le soir à : _____

Mardi

-> Descente le midi* à : _____

-> Descente le soir le soir à : _____

Mercredi

- Descente le midi à : _____

Jeudi

-> Descente le midi* à : _____

-> Descente le soir le soir à : _____

Vendredi

--> Descente le midi* à : _____

-> Descente le soir le soir à : _____

* uniquement si transport proposé le midi sur le regroupement scolaire :

Temps d'activités périscolaires (TAP) *

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

*** se renseigner auprès du responsable de l'accueil périscolaire ou de la garderie de l'école pour les jours proposés**

Garderie/ accueil périscolaire :

Périscolaire matin : Oui Non

(Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Périscolaire soir : Oui Non

(Lundi Mardi Mercredi * Jeudi Vendredi

* midi et/ou après-midi, susceptible ne ne pas être proposé sur le site

RESTAURATION SCOLAIRE :

Oui Non

Notre enfant prendra ses repas à partir du :

Inscription à l'année au trimestre pour la période du _____ au _____ *

Jours de fréquentation : régulièrement

Lundi mardi mercredi** jeudi vendredi **(cocher les jours de présence)**

**susceptible de ne pas être proposé sur le site

Signature de la mère :

Signature du père :

occasionnellement *

*** dans ce cas, merci de détacher le tableau suivant, d'en faire des copies pour chaque période, de le renseigner en numérotant les jours des réservations. Remettre la copie dûment complétée auprès du responsable de la cantine 8 jours avant la période de réservation.**

Mois de : _____				Cantine de l'école de : _____			
Nom : _____		Prénom : _____		Classe : _____			
LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI				