

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS 2017 - 2018

Photo récente de
l'enfant :
obligatoire pour
les petites
sections et les
nouveaux
chavillois

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

1. L'ENFANT :

NOM et Prénom :

Date et lieu de naissance :

Ecole fréquentée en septembre 2017 :Classe

Sexe M F

Résidant chez les deux parents (Préciser l'adresse)

Chez la mère ^① : (Préciser l'adresse)

Chez le père ^② : (Préciser l'adresse)

En garde alternée (Préciser ^① et ^② ci-dessus)

Madame

Mère Belle-mère Tutrice

NOM et Prénom :

Téléphone bureau Téléphone portable

Monsieur

Père Beau-père Tuteur

NOM et Prénom :

Téléphone bureau Téléphone portable

EMAIL DE CONTACT (EN MAJUSCULE) une adresse mail par famille

..... @

je souhaite recevoir les factures par mail uniquement

OUI* NON

* uniquement à l'adresse mail inscrite ci-dessus.

2. COMPOSITION DU FOYER :

Situation familiale actuelle des parents:

Célibataire Mariés Pacsés Concubinage Veuf (ve)

Divorcés ou séparés

Les frères et sœurs

Nom Prénom : Date de naissance :

Nom Prénom : Date de naissance :

Nom Prénom : Date de naissance :

3. RENSEIGNEMENTS SANITAIRES (Ces renseignements sont transmis aux accueils de loisirs)

Médecin de famille (nom, n° de tel) :

Date du dernier rappel DT POLIO : Carnet de vaccination à jour OUI NON

N° de police d'assurance

Nom et adresse assurance.....

➤votre enfant : suit-il un régime alimentaire sans porc : OUI NON

➤présente-t-il une allergie alimentaire qui ne rentre pas dans le cadre d'un PAI ou PAI signé avec l'école : Projet d'Accueil Individualisé (asthme...) OUI NON

Si oui, joindre obligatoirement un **certificat médical de votre médecin de famille** ou le **protocole de soins et d'urgence en collectivité** (circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003)

➤PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation ou trouble du comportement OUI NON

Afin de l'accueillir dans les meilleures conditions, il est impératif que vous contactiez le service Accueils Périscolaires et Accueils de loisirs (APAL) au 01 41 15 99 54 pour pouvoir établir ensemble un projet d'accueil adapté.

➤remarques éventuelles :
(difficultés de santé, port de lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires etc..., et les précautions à prendre)

J'autorise à faire soigner mon enfant, à faire pratiquer toute intervention d'urgence. En cas d'accident, mon enfant sera transporté à l'hôpital de secteur par les services de secours (pompiers, SAMU).

4. PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A REPRENDRE L'ENFANT (hors représentants légaux)

❶ Nom Prénom : Lien avec l'enfant :

A contacter en cas d'urgence ☎ / / / / autorisée à venir chercher l'enfant

❷ Nom Prénom : Lien avec l'enfant :

A contacter en cas d'urgence ☎ / / / / autorisée à venir chercher l'enfant

❸ Nom Prénom : Lien avec l'enfant :

A contacter en cas d'urgence ☎ / / / / autorisée à venir chercher l'enfant

5. AUTORISATION DE SORTIE

Mon enfant est d'âge **ÉLEMENTAIRE**

Je l'autorise à quitter seul le jour des TAP (entre 16h45 et 17h15) après l'étude surveillée entre **18h et 18h30** : les jours suivants : OUI NON
 L M J V

S'il déjeune au restaurant scolaire le mercredi, je l'autorise à quitter seul l'école à **13h30**

Je l'autorise à quitter seul l'accueil de loisirs le MERCREDI ou pendant les vacances scolaires entre **17 h 00 et 18 h 30**

précisez l'horaire de départ :

6. COMMUNICATION

Je n'autorise pas la prise de photos de mon enfant et leur parution sur les supports de communication de la ville de Chaville.

Je certifie

- l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à **signaler par courrier ou par mail tout changement de coordonnées.**
- Avoir pris connaissance des règlements intérieurs (accueil de loisirs et périscolaire et restauration collective)

Fait à Chaville, le / / 2017 Nom(s) Prénom(s) **Signature OBLIGATOIRE** précédée de la mention « lu et approuvé »