



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année Scolaire 2020 / 2021
Ecole Maternelle Ty Douar

ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Ecole : Classe :

Adresse légale de l'enfant :

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

| | Parent 1 | Parent 2 | Autre Responsable légal |
|--------------------|----------|----------|-------------------------|
| Nom - Prénom | | | |
| Adresse | | | |
| Tél domicile | | | |
| Tél portable | | | |
| Adresse mail | | | |
| Profession | | | |
| Nom de l'employeur | | | |
| Tél professionnel | | | |

Si vous êtes allocataire, cocher la case CAF MSA CMAF

Joindre l'attestation précisant votre quotient familial pour bénéficier des tarifs en vigueur.

AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise

Je n'autorise pas



Mon enfant à quitter l'établissement seul.

Personne(s) autorisée(s) a récupérer l'enfant

Si l'un des parents a été déchu de l'autorité parentale, l'indiquer et transmettre une copie du jugement :

.....

Si l'enfant est gardé par d'autres personnes (grands-parents, nourrice...), indiquer les noms, adresses et N° de tél. des personnes autorisées à venir chercher votre enfant :

(L'enfant ne pourra être confié à aucune autre personne sans autorisation écrite signée de votre part).

| NOM - PRENOM | LIEN AVEC L'ENFANT | ADRESSE | N° DE TEL FIXE | N° DE TEL PORTABLE |
|--------------|--------------------|---------|----------------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mon enfant déjeune à la cantine :

Inscription/désinscription uniquement sur le portail famille www.rive-gauche.portail-defi.net

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES à remplir et copie du carnet de vaccinations obligatoire

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSE oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

L'enfant suit-il actuellement un traitement ? oui non

Si oui, lequel ?

En cas d'allergie, fournir un certificat médical de l'allergologue.

Nom et N° de tél. du médecin traitant :

VACCINATIONS : (A remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant)

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diptérie | | | | Coqueluche | |
| Tétanos | | | | Hépatite B | |
| Poliomyélite | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| ou DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| ou Pentacoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

Si l'enfant n'est pas vacciné, préciser pourquoi

L'enfant a t'il déjà eu (ou est-il encore affecté par) les maladies suivantes ?

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| Rubéole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Varicelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Angine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Rhumatisme articulaire aigü oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Scarlatine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Otite oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Rougeole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Oreillons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | |

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

| | AUTORISATION | INTERDICTION |
|---------------------------|--------------|--------------|
| PRISE DE VUE COLLECTIVE | | |
| PRISE DE VUE INDIVIDUELLE | | |

L'autorisation vise les prises de photos/vidéos et leur diffusion sous toutes formes à des fins représentatives des activités.

DOCUMENTS A FOURNIR :

- Photocopie de l'attestation de responsabilité civile et individuelle accident.
- Photocopie du carnet de vaccination.
- Attestation du quotient familial.

Je soussigné(e)s (nom – prénom) :

-déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à vous signaler tous changements

-déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs, cantine, écoles en téléchargement sur le portail famille

-autorise toutes les personnes en charge de l'enfant à donner tous soins urgents, à faire pratiquer toute intervention chirurgicale urgente à mon (notre) enfant en cas de nécessité constatée par un médecin, à prendre toutes les dispositions en cas d'évènements graves.

A :

Le :

Signature Parent 1

Signature Parent 2

Signature du responsable