



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année Scolaire 2022 / 2023  
Ecole Primaire Georgeault

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 mon enfant à quitter seul l'établissement en présentant sa carte de sortie préalablement complétée  
 Je n'autorise pas mon enfant à quitter seul l'établissement. Il sera confié à un adulte ou conduit à l'accueil périscolaire.

Personne(s) autorisée(s) à 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 <https://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 |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                            | 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<br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>    | Varicelle<br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Angine<br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>   | Rhumatisme articulaire aigu<br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Scarlatine<br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche<br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Otite<br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>     | Rougeole<br>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Oreillons<br>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