

FICHE UNIQUE DE RENSEIGNEMENTS ANNEE 2020/2021

ENFANT

Nom : Prénom : Sexe : M F

Né(e) le : à : Département :

Domicile : chez ses parents en garde alternée chez sa mère chez son père
autre :

Problèmes de santé : PAI en 2019/2020 : oui non

Régime alimentaire : sans viande panier repas (allergies alimentaires)

RESPONSABLES LEGAUX

Mariés Vie maritale Pacsés Célibataire Séparés Divorcés Veuf(ve)

Autorité parentale : Conjointe père et mère Père seul Mère seule Tuteur

En cas d'autorité parentale exclusive : Joindre impérativement le jugement.

Responsable 1 : Père Mère Tuteur **N° CAF** :

Nom : Prénom :

Adresse :

Mail : Profession :

☎ domicile : ☎ portable : ☎ pro. :

Si responsables légaux séparés, situation familiale actuelle :

Responsable 2 : Père Mère

Nom : Prénom :

Adresse :

Mail : Profession :

☎ domicile : ☎ portable : ☎ pro. :

Si responsables légaux séparés, situation familiale actuelle :

FRERES ET SOEURS

Nom Prénom	Date et lieu de naissance	Ecole fréquentée

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant

Nom Prénom	☎	Lien avec l'enfant

En cas de séparation : J'atteste avoir informé l'autre parent de l'inscription de mon enfant dans une école de la commune de Plaisance du Touch.

Je soussigné(e) agissant en qualité de certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Date :

Signature :

Année scolaire 2020/2021

Ecole : Niveau :

FICHE SANITAIRE ET DE SORTIE N°1 ANNEE SCOLAIRE 2020/2021

Photo
Obligatoire
A coller
ou
à agraffer

ENFANT

Ecole Maternelle : 3 Pommes P.Kergomard Le Blé en Herbe Rivière Niveau :....

Ecole Elémentaire : M.Pagnol J.Prévert A.Daudet Rivière Niveau :....

Nom : **Prénom :** **Sexe :** M F

Né(e) le : **à :** **Département :**

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Problèmes de santé concernant l'enfant :

Allergies Alimentaires : NON OUI (*) Précisez :

* **IMPORTANT :** Votre enfant présente une allergie alimentaire : Vous devez prendre contact avec le Service Education pour connaître les conditions d'accès à la restauration.

Vaccin DTP à jour : OUI NON **Le rappel est recommandé tous les 5 ans**
(diphtérie, tétanos et poliomyélite)

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER

Sans viande Panier repas (Allergies alimentaires)

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

Compagnie : **N° du contrat :**

AUTORISATIONS et ENGAGEMENTS

- 1- Je prends connaissance du fait qu'en cas d'urgence, y compris médicale, toute mesure sera prise dans l'intérêt de mon enfant.
- 2- Je déclare mon enfant apte à pratiquer tout sport (en cas d'inaptitude totale ou partielle, fournir un certificat médical)
- 3- J'autorise mon enfant à sortir sur les différents lieux à proximité de l'école et du centre de loisirs pendant les heures de l'ALAE périscolaire pour les besoins d'une activité, sous la responsabilité des animateurs.
- 4- J'autorise la prise de vue lors des activités et des manifestations, son éventuel affichage et diffusion dans les journaux locaux et sur le site Internet de la Ville.
- 5- J'autorise les services concernés à consulter le service CAFPRO (accès Internet à caractère professionnel de la CAF).
- 6- J'autorise mon enfant, pendant l'activité informatique, à se connecter et à naviguer sur Internet sous la surveillance d'un animateur (matériel équipé d'un logiciel de contrôle parental).
- 7- Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- 8- J'autorise les services municipaux à utiliser mon numéro de téléphone et/ou mon adresse mail pour me transmettre les informations urgentes relatives à l'école (grèves, problèmes de transports, alertes météorologiques...)
- 9- J'atteste avoir souscrit une assurance responsabilité civile permettant de couvrir les dommages occasionnés par mon enfant durant le temps périscolaire et extrascolaire.
- 10- **Je déclare, avoir pris connaissance du règlement en vigueur concernant les accueils périscolaires sur le site de la ville de Plaisance du Touch (www.plaisancedutouch.fr).**

Fait à Plaisance du Touch, le

Nom(s) et prénom(s) :

Signature(s) :

**FICHE SANITAIRE ET DE SORTIE N°2
ANNEE SCOLAIRE 2020/2021**

**Photo
Obligatoire**
A coller
ou
à agraffer

ENFANT

Ecole Maternelle : 3 Pommes P.Kergomard Le Blé en Herbe Rivière Niveau

Ecole Elémentaire : M.Pagnol J.Prévert A.Daudet Rivière Niveau

Ecole Extérieure : Niveau

Nom : **Prénom :** **Sexe :** M F

Né(e) le : **à :** **Département :**

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Problèmes de santé concernant l'enfant :

Allergies Alimentaires : NON OUI (*) Précisez :

* **IMPORTANT :** Votre enfant présente une allergie alimentaire : Vous devez prendre contact avec le Service Education pour connaître les conditions d'accès à la restauration.

Vaccin DTP à jour : OUI NON **Le rappel est recommandé tous les 5 ans**
(diphtérie, tétanos et poliomyélite)

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER

Sans viande Panier repas (Allergies alimentaires)

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

Compagnie : **N° du contrat :**

AUTORISATIONS et ENGAGEMENTS

1- Je prends connaissance du fait qu'en cas d'urgence, y compris médicale, toute mesure sera prise dans l'intérêt de mon enfant.

2- Je déclare mon enfant apte à pratiquer tout sport (en cas d'inaptitude totale ou partielle, fournir un certificat médical)

3- J'autorise mon enfant à sortir sur les différents lieux à proximité de l'école et du centre de loisirs pendant les heures de l'ALAE extrascolaire pour les besoins d'une activité, sous la responsabilité des animateurs.

4- J'autorise la prise de vue lors des activités et des manifestations, son éventuel affichage et diffusion dans les journaux locaux et sur le site Internet de la Ville.

5- J'autorise les services concernés à consulter le service CAFPRO (accès Internet à caractère professionnel de la CAF).

6- J'autorise mon enfant, pendant l'activité informatique, à se connecter et à naviguer sur Internet sous la surveillance d'un animateur (matériel équipé d'un logiciel de contrôle parental).

7- Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche.

8- J'autorise les services municipaux à utiliser mon numéro de téléphone et/ou mon adresse mail pour me transmettre les informations urgentes relatives à l'école (grèves, problèmes de transports, alertes météorologiques...)

9- J'atteste avoir souscrit une assurance responsabilité civile permettant de couvrir les dommages occasionnés par mon enfant durant le temps périscolaire et extrascolaire.

10- Je déclare, avoir pris connaissance du règlement en vigueur concernant les accueils extrascolaires sur le site de la ville de Plaisance du Touch (www.plaisancedutouch.fr).

Fait à Plaisance du Touch, le

Nom(s) et prénom(s) :

Signature(s) :