



FICHE DE RENSEIGNEMENTS
Ecole maternelle et Ecole primaire de Sanchev,
Ecole élémentaire de Chaumousey,
Garderie Périscolaire,
Nouvelles Activités Périscolaires et Cantine
Année scolaire 2018/2019



Elève NOM : Prénom : Fille / Garçon*
 Né(e) le :/...../..... Lieu de naissance : Dép. :
 Adresse :
 Code postal : Commune :
 Ecole et classe fréquentées en 2017/2018 :
 Classe 2018/2019 : Petite Section Maternelle

** rayer la mention inutile*

Frère (s) / Sœur (s)

NOM	Prénom	Date de naissance	Classe 2017/2018

Responsables légaux*

Mère

Nom : Prénom :
 Situation familiale : célibataire-mariée-veuve-divorcée-séparée-concubine-pacsée
 Adresse mail :@.....
 Profession : Autorité parentale : oui non
 Adresse :
 (si différente de celle de l'élève).
 Code postal : Commune :
 ☎ domicile : ☎ portable :
 ☎ travail : Numéro de poste :

Père

Nom : Prénom :
 Situation familiale : célibataire-marié-veuf-divorcé-séparé-concubin-pacsé
 Adresse mail :@.....
 Profession : Autorité parentale : oui non
 Adresse :
 (si différente de celle de l'élève).
 Code postal : Commune :
 ☎ domicile : ☎ portable :
 ☎ travail : Numéro de poste :

Autre responsable légal (personne physique ou morale)

Autorité parentale : oui non
 Organisme : Personne référent :
 Fonction : Lien :
 Adresse : Code postal : Commune :
 ☎ travail : ☎ portable :

* **responsables légaux** : il est important de renseigner le document concernant les deux responsables légaux pour la transmission des résultats scolaires (circulaire n°94-149 du 13/04/1994) et pour les élections des représentants des parents d'élèves chaque parent étant électeur et éligible (note de service n° 2004-104 du 25/06/2004).

En cas d'absence des représentants légaux, autres personnes à appeler en cas d'urgence et/ou autorisées à prendre l'enfant à la sortie

NOM/PRENOM : A appeler en cas d'urgence
 Autorisé(e) à prendre l'enfant

Lien avec l'enfant :

Adresse :

Code postal : Commune :

☎ domicile : ☎ portable :

☎ travail : Numéro de poste :

NOM/PRENOM : A appeler en cas d'urgence
 Autorisé(e) à prendre l'enfant

Lien avec l'enfant :

Adresse :

Code postal : Commune :

☎ domicile : ☎ portable :

☎ travail : Numéro de poste :

NOM/PRENOM : A appeler en cas d'urgence
 Autorisé(e) à prendre l'enfant

Lien avec l'enfant :

Adresse :

Code postal : Commune :

☎ domicile : ☎ portable :

☎ travail : Numéro de poste :

Si l'enfant porte des lunettes : doit-il les garder ? :

En récréation : oui non En sport : oui non

Problèmes particuliers (Asthme, allergies...) :

En cas d'urgence, votre enfant sera pris en charge par les services de secours et dirigé vers l'hôpital (ou la clinique) le plus approprié. La famille sera immédiatement prévenue.

L'enfant est autorisé à rentrer seul après l'école: oui non

(pour les primaires uniquement)

Informations périscolaires

Garderie début matinée : oui non

Si oui, veuillez préciser la fréquentation

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

ou Exceptionnellement

Garderie fin de matinée : oui non

Si oui, veuillez préciser la fréquentation

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

ou Exceptionnellement

Garderie 13h15 : oui non

Si oui, veuillez préciser la fréquentation

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

ou Exceptionnellement

Garderie soir : oui non

Si oui, veuillez préciser la fréquentation

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

ou Exceptionnellement

NAP : Une fiche d'inscription vous sera transmise à chaque session.

.../...

Cantine : oui non
Votre enfant mangera à la cantine le jour de la rentrée : oui non

Transport scolaire :

Il est très important de bien renseigner la fréquentation de votre enfant pour le transport scolaire, ceci permet l'obtention d'une carte de transport obligatoire à la montée dans le bus. Cette carte de transport a un coût de **160,00 € par enfant/an.**

Si votre enfant n'est pas amené à fréquenter le transport scolaire durant l'année, merci de ne pas l'inscrire. En effet, nous avons constaté que trop d'enfants sont inscrits et ne prennent jamais le bus.

Mon enfant prendra le transport scolaire : oui non

Si oui, veuillez préciser la fréquentation

Matin oui non

Votre enfant prendra le bus le jour de la rentrée : oui non

Midi oui non

Votre enfant prendra le bus le jour de la rentrée : oui non

Soir oui non

Votre enfant prendra le bus le jour de la rentrée : oui non

photo
Dans le cas où votre enfant emprunte les transports scolaires, merci de joindre une photo pour le trombinoscope de l'accompagnatrice.

Préciser l'arrêt de montée et de descente :

SANCHEY

Ecole / Place de l'An 2000

RD460 / Abribus

CHAUMOUSEY

Digue

Les Trois Pommiers

Grandes Fouillies

Ecole

Assurance de l'enfant

Responsabilité civile : oui non Individuelle accident : oui non

Compagnie d'assurance :

Numéro de police d'assurance :

Date de validité (1) :

Garantie extrascolaire : oui non

(1) Nous transmettre la nouvelle attestation à l'échéance de la date de validité.

Merci de remplir très précisément cette fiche et de signaler tous changements en cours d'année

Date :

signature du Père
ou des représentants légaux :

signature de la Mère



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
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

3 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU 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 AIGÛ 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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

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

4 - **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

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

5 - **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

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

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :