

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2017/2018

À DÉPOSER
DANS L'ÉCOLE DE L'ENFANT



RENSEIGNEMENTS ENFANT

Nom* : Prénom* :

Date de naissance* :/...../..... Fille Garçon

Établissement scolaire fréquenté * (2017/2018) :

Maternelle Élémentaire Collège

* Informations à renseigner obligatoirement

FICHE PARENTALE

Le responsable légal 1

Autorité parentale **oui** **non**

Père Mère Tuteur(trice) Date de naissance :/...../.....

Marié(e) Union libre Pacsé(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Célibataire

Nom* : Prénom* :

Conjoint(e) (si différent du responsable légal 2) : Nom : Prénom :

Adresse * : N° Rue Bât. App.

Code postal : Commune :

Profession : Employeur :

Tél. fixe : Tél. portable : Tél. pro :

J'autorise l'envoi de SMS oui non

Courriel : @

J'autorise l'envoi de courriels oui non

N° Allocataire* : Caf MSA

Le responsable légal 2

Autorité parentale **oui** **non**

Père Mère Tuteur(trice) Date de naissance :/...../.....

Marié(e) Union libre Pacsé(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Célibataire

Nom* : Prénom* :

Conjoint(e) (si différent du responsable légal 1) : Nom : Prénom :

Adresse * : N° Rue Bât. App.

Code postal : Commune :

Profession : Employeur :

Tél. fixe : Tél. portable : Tél. pro :

J'autorise l'envoi de SMS oui non

Courriel : @

J'autorise l'envoi de courriels oui non

N° Allocataire* : Caf MSA

* Informations à renseigner obligatoirement

SITUATION FAMILIALE

Si les adresses sont différentes, la résidence habituelle de l'enfant durant la semaine est fixée chez le :

- Responsable légal 1 Responsable légal 2
- Garde alternée, merci de préciser le rythme ou joindre le calendrier de garde :

Si vous souhaitez faire valoir un jugement relatif à une séparation (garde, autorité parentale, etc.) merci d'en joindre un exemplaire à ce dossier.

CONTACTS

Veillez indiquer ci-dessous les personnes majeures habilitées à venir chercher l'enfant et à être prévenues en cas d'urgence (les responsables légaux ne doivent pas être mentionnés ici)

Personne 1 : M Mme Nom : Prénom :

Tél. fixe : **Tél. portable** : **Tél. pro** :

Personne 2 : M Mme Nom : Prénom :

Tél. fixe : **Tél. portable** : **Tél. pro** :

Personne 3 : M Mme Nom : Prénom :

Tél. fixe : **Tél. portable** : **Tél. pro** :

AUTORISATIONS

Sortie de mon enfant (élémentaire uniquement)

Autorise N'autorise pas mon enfant à quitter seul la structure d'accueil

Droit à l'image

Votre enfant peut être photographié ou filmé par les services de la Ville de Clermont-Ferrand.
Si vous ne le souhaitez pas, merci de le préciser ci-dessous.

Autorise N'autorise pas

PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

Je souhaite payer par prélèvement automatique (activités du Tout'En 1, ateliers socioculturels et activités des vacances scolaires)

Oui Non

Si oui, merci de joindre un RIB et le formulaire SEPA ci-joint dûment rempli.

ATTESTATION

Je soussigné(e),

Père Mère Tuteur(trice) de l'enfant :

- Atteste avoir pris connaissance des diverses informations et conditions.
- M'engage à régler à la Ville de Clermont-Ferrand les frais incombant à notre famille (déduction faite d'aides éventuelles) dans les délais exigés.
- Certifie que l'enfant ne présente aucune contre-indication physique à la pratique des activités mises en place par l'organisateur.
- Certifie que les renseignements fournis lors de l'inscription sont exacts.
- M'engage à respecter le règlement intérieur en vigueur (téléchargeable sur www.clermont-ferrand.fr et consultable dans les différentes structures d'accueil).
- Autorise l'enfant à participer aux activités organisées par la Ville de Clermont-Ferrand.
- Autorise le personnel municipal en charge de l'enfant à prendre toute mesure d'urgence rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Fait le :/...../.....

Signature du responsable légal
précédée de la mention « lu et approuvé »

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017/2018

(OBLIGATOIRE)

FICHE SANITAIRE

Nom de l'enfant : Prénom :

Vaccinations

Vaccins	oui	non	Date des derniers rappels
Diphtérie			
Tétanos*			
Poliomyélite			

S'il manque des vaccins obligatoires à l'enfant, merci de joindre obligatoirement un certificat médical de contre-indication. Il est possible de faire compléter le tableau ci-contre par son médecin ou de joindre les copies de son carnet de vaccinations.

***Attention : aucune contre-indication pour le vaccin antitétanique.**

Renseignements médicaux concernant l'enfant

- Dispose-t-il déjà d'un Protocole d'accueil individualisé (PAI) ? Oui Non
- Prend-il un traitement médical régulier ? Oui Non
- Connaît-il des restrictions médicales particulières ? Oui Non
- Souffre-t-il d'allergie ? Oui Non

Si au moins l'une des cases « oui » est cochée, pour assurer la sécurité de l'enfant, il ne sera accueilli qu'après la signature d'un Protocole d'accueil individualisé (PAI) 2017/2018. Vous devez contacter l'Infirmière scolaire de l'école afin qu'elle puisse vous conseiller dans les démarches qui permettront son accueil à l'école et dans les activités périscolaires et extrascolaires.

Attention : aucun médicament ne sera donné à votre enfant s'il n'est pas prévu dans un PAI.

Informations sanitaires diverses

.....
.....

Fait le :/...../..... Signature du représentant légal :

CERTIFICAT MÉDICAL École municipal des sports (EMS) uniquement

Certificat médical standard accepté

Je soussigné(e), Docteur

certifie que l'enfant

né(e) le/...../..... ne présente aucune contre-indication à la pratique sportive.

Fait le/...../..... à

Cachet du médecin