

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS 2018-2019

Photo récente de
l'enfant :
obligatoire

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

1. L'ENFANT :

NOM et Prénom :

Date et lieu de naissance :

Ecole fréquentée à la rentrée 2018. :Classe

Sexe M F

Résidant chez les deux parents (Préciser l'adresse)

Chez la mère ^① : (Préciser l'adresse)

Chez le père ^② : (Préciser l'adresse)

En garde alternée (Préciser ^① et ^② ci-dessus)

Madame

Mère Belle-mère Tutrice

NOM et Prénom :

Téléphone bureau Téléphone portable

Monsieur

Père Beau-père Tuteur

NOM et Prénom :

Téléphone bureau Téléphone portable

EMAIL DE CONTACT (EN MAJUSCULE) une adresse mail par famille

..... @

je souhaite recevoir les factures par mail uniquement

OUI* NON

* uniquement à l'adresse mail inscrite ci-dessus.

2. ACCUEIL DE LOISIRS LE MERCREDI :

Je souhaite une place en accueil de loisirs le mercredi : OUI(*) NON

En journée complète :

En élémentaire : Paul Bert Ferdinand Buisson

En maternelle : Pâquerettes Myosotis Fougère maternelle Jacinthes Muguet

En matin demi-journée :

En élémentaire : Anatole France

En maternelle : Pâquerettes

(*) Attribution des places en juin après commission dans la limite des places disponibles

3. RENSEIGNEMENTS SANITAIRES (Ces renseignements sont transmis aux accueils de loisirs)

Médecin de famille (nom, n° de tel) :

Date du dernier rappel DT POLIO : Carnet de vaccination à jour OUI NON

N° de police d'assurance

Nom et adresse assurance.....

➤votre enfant : suit-il un régime alimentaire sans porc : OUI NON

➤présente-t-il une allergie alimentaire qui ne rentre pas dans le cadre d'un PAI
ou PAI signé avec l'école : Projet d'Accueil Individualisé (asthme...) OUI NON

Si oui, joindre obligatoirement un **certificat médical de votre médecin de famille**
ou le protocole de soins et d'urgence en collectivité (circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003)

➤PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation ou trouble du comportement OUI NON

Afin de l'accueillir dans les meilleures conditions, il est impératif que vous contactiez le service Accueils Périscolaires et Accueils de loisirs (APAL) au 01 41 15 99 54 pour pouvoir établir ensemble un projet d'accueil adapté.

➤remarques éventuelles :
(difficultés de santé, port de lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires etc..., et les précautions à prendre)

J'autorise à faire soigner mon enfant, à faire pratiquer toute intervention d'urgence. En cas d'accident, mon enfant sera transporté à l'hôpital de secteur par les services de secours (pompiers, SAMU).

4. PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A REPRENDRE L'ENFANT (hors représentants légaux)

❶ Nom Prénom : Lien avec l'enfant :

A contacter en cas d'urgence ☎ / / / / autorisée à venir chercher l'enfant

❷ Nom Prénom : Lien avec l'enfant :

A contacter en cas d'urgence ☎ / / / / autorisée à venir chercher l'enfant

❸ Nom Prénom : Lien avec l'enfant :

A contacter en cas d'urgence ☎ / / / / autorisée à venir chercher l'enfant

5. AUTORISATION DE SORTIE

Mon enfant est d'âge **ÉLEMENTAIRE**

Je l'autorise à quitter seul l'accueil de loisirs après l'étude surveillée entre 18h et 18h30 : OUI NON

Si mon enfant est inscrit en matin repas, je l'autorise à quitter seul l'accueil de loisirs à **13h30**

Je l'autorise à quitter seul l'accueil de loisirs le MERCREDI ou pendant les vacances scolaires entre **17 h et 18h 30**
précisez l'horaire de départ :

6. COMMUNICATION

Je n'autorise pas la prise de photos de mon enfant et leur parution sur les supports de communication de la ville de Chaville. (Chaville magazine, plaquettes, sites internet, réseaux sociaux)

Je certifie Avoir pris connaissance des règlements intérieurs (accueil de loisirs et périscolaire et restauration collective)

Ces renseignements sont demandés par la ville dans le cadre des inscriptions périscolaire et extrascolaire de votre enfant pour saisie dans le logiciel CIRIL et pour une plus grande efficacité dans la gestion quotidienne (dont la sécurité de vos enfants). Une fois la saisie des données commencées, vous disposerez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (Article 34 de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004).

Fait à Chaville, le / / 2018 Nom(s) Prénom(s) **Signature OBLIGATOIRE** précédée de la mention « lu et approuvé »