

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE

NOM : _____ **A appeler en cas d'urgence**

Lien avec l'enfant : _____ **Autorisé à prendre l'enfant**

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : [] Téléphone portable : []

Téléphone travail : [] Numéro de poste : _____

NOM : _____ **A appeler en cas d'urgence**

Lien avec l'enfant : _____ **Autorisé à prendre l'enfant**

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : [] Téléphone portable : []

Téléphone travail : [] Numéro de poste : _____

INFORMATIONS MEDICALES

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières) :.....

.....

Vaccinations : Merci de bien vouloir joindre la photocopie du carnet de santé de votre enfant lors de l'inscription

Nom et adresse du médecin traitant :

.....

INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES

Garderie matin :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Garderie soir :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Étude surveillée :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Restaurant scolaire :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Transport scolaire :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Individuelle Accident :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
-------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------	------------------------------	------------------------------

Compagnie d'assurance: _____ Numéro de police d'assurance : _____

AUTORISATION (à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes) (Ne cocher qu'en cas de refus)

Mère : Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.
 Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre d'activités scolaires

Père : Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves.
 Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre d'activités scolaires

Je m'engage à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date : _____ Signature père : _____ Signature mère : _____

Le droit d'accès et de rectification des personnes aux données les concernant s'exerce auprès du directeur d'école, de l'IEN de circonscription ou de l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale dans les conditions définies par les articles 39 et 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004.