



## RPI 23

HENIN SUR COJEUL - MERCATEL - NEUVILLE VITASSE - SAINT MARTIN SUR COJEUL

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2016/2017

ECOLE

- Hénin/Cojeul
- Mercatel
- Neuville Vitasse
- St Martin/Cojeul

CLASSE \_\_\_\_\_

## SITUATION FAMILIALE

### Elève :

Nom Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe : fille  garçon  Adresse : \_\_\_\_\_

### Famille :

Nom et prénom du Père : \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_ Année de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

☎ Domicile \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Professionnel \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Portable \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la Mère : \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_ Année de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

☎ Domicile \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Professionnel \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Portable \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Marié(e)  Vie maritale  Divorcé  Célibataire  Autres \_\_\_\_\_

S'il y a garde alternée COCHEZ ci-après  N° sécurité sociale du responsable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - /\_\_\_/\_\_\_

Par principe, le père et la mère exercent conjointement l'autorité parentale, sauf dans le cas d'une décision de justice ou d'une famille naturelle. En absence d'information remise à la directrice de l'école (au moyen d'une copie d'un acte judiciaire tel que la partie du jugement de divorce ou de séparation précisant les modalités de garde de l'enfant, ou une déclaration conjointe ou un acte de communauté de vie), chacun des deux parents a les mêmes droits, notamment pour que l'enfant lui soit confié.

### Frères & Soeur :

Nom et prénom :

Année de naissance :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ATTESTATION DU RESPONSABLE DE L'ENFANT EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e) (nom) \_\_\_\_\_ (prénom) \_\_\_\_\_

- en cas d'accident grave ou d'urgence, autorise le responsable de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires à la sauveragde de mon enfant y compris son transport vers un centre hospitalier.

-m'engage à communiquer toute modification intervenue dans la situation familiale (fournir les justificatifs le cas échéant).

En cas d'urgence, prévenir en priorité :

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse et téléphone :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

—

**ASSURANCE (responsabilité civile & individuelle accident ).**

Nom &amp; adresse de la Compagnie : \_\_\_\_\_

Numéro du contrat pour l'enfant assuré : \_\_\_\_\_

(joindre obligatoirement une copie de l'attestation).

**ATTESTATION DU RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Je soussigné(e) (nom) \_\_\_\_\_ ((prénom) \_\_\_\_\_

- autorise mon enfant à participer à toutes les sorties organisées par l'équipe éducative, les sorties hors de la commune quelque soit le moyen de transport  OUI  NON- autorise l'équipe éducative à photographier mon enfant et à diffuser les photos à usage interne (où figure mon enfant), prises dans le cadre des activités scolaires.  OUI  NON- autorise mon enfant à sortir seul de l'école  OUI  NON

-autorise les personnes suivantes, munie d'une pièce d'identité, à venir chercher mon enfant :

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_ ☎ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_ ☎ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_ ☎ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

**SANTE**

Nom du médecin traitant \_\_\_\_\_ ☎ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

Recommandations utiles des parents :

Asthme  OUI  NON Lunette  OUI  NONAppareil d'orthodontie  OUI  NON Prothèse auditive  OUI  NONRégime alimentaire ou allergies : Allergie alimentaire  Allergie  Autres 

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

**Pour chaque plan d'accueil individualisé, veuillez fournir un certificat médical. Les encadrants ne peuvent administrer aucun médicament sans protocole particulier validé par le corps médical,****FICHE SANITAIRE**

Groupe sanguin / \_\_\_\_\_ /

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant (joindre une copie du carnet de vaccinations))

| Vaccins obligatoires | OUI | NON | Date des derniers rappels | Vaccins recommandés                  | Dates |
|----------------------|-----|-----|---------------------------|--------------------------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                           | Rubéole – Oreillons – Rougeole (ROR) |       |
| Tétanos              |     |     |                           | Coqueluche                           |       |
| Poliomyélite         |     |     |                           | Autres (préciser                     |       |
| Ou DT Polio          |     |     |                           |                                      |       |
| Ou Tetracoq          |     |     |                           |                                      |       |
| BCG                  |     |     |                           |                                      |       |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_.

Signature du/des représentant(s) de l'enfant.