

GESTION TEMPS PERISCOLAIRE :

Mairie de MACHILLY
 290, Route des Voirons
 74 140 MACHILLY
 Tel : 06.78.89.99.80
 Mail: tap@machilly.fr



MACHILLY

GESTION TEMPS SCOLAIRE :

ECOLE PRIMAIRE PUBLIQUE
 Mme MARTIN Véronique / Directrice
 45, Route des Acacias
 74 140 MACHILLY
 Tel: 04 50 94 65 55
 Mail: ce.0740549v@ac-grenoble.fr

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS**ANNEE SCOLAIRE 2020/2021****L'ELEVE :**

NOM et Prénoms de l'élève : _____ Sexe F G

Né(e) le : ___/___/___ À : _____ Nationalité : _____

Classe fréquentée l'année dernière (2019/2020) : _____

Dans quelle école (si autre que Machilly) ? : _____

LES PARENTS OU REPRESENTANTS LEGAUX :

	Père	Mère	Tuteur	Père	Mère	Tuteur
	NOM DE NAISSANCE :			NOM DE NAISSANCE :		
	NOM D'USAGE :			NOM D'USAGE :		
	Prénom :			Prénom :		
Adresse (mettre les deux adresses si séparés ou divorcés) :						
Tel personnel ¹ :						
Tel portable :						
Courriel :	@			@		
<input type="checkbox"/> J'autorise la communication de mon adresse mail aux associations de parents d'élèves.						

Profession et adresse employeur :		
	Code Profession : _____	Code Profession : _____
Tel professionnel :		

Situation familiale des parents de l'enfant : Mariés Concubinage Célibataire Veuf (Ve) Divorcés Séparés

En cas de divorce, qui exerce l'autorité parentale² (non la garde) : Les deux Père Mère

En cas de divorce, quel est le mode de garde : Résidence habituelle chez le père Résidence habituelle chez la mère Résidence alternée

Joindre le jugement relatif à la garde et la résidence des enfants

1 Toute modification devra être signalée.

2 Si un des deux parents n'exerce pas l'autorité parentale, joindre impérativement une copie du jugement.

FRATRIE :

Nom	Prénom	Date de Naissance	Ecole fréquentée

STATUT :

Mangera à la cantine : oui non tous les jours parfois
Restera à la garderie du matin : oui non tous les jours parfois
Restera à la garderie du soir : oui non tous les jours parfois

DROIT A L'IMAGE :

Nous acceptons que notre enfant _____ soit photographié(e)
ou filmé pendant les activités scolaires.

Oui Non

Signatures :

Père :

Nom :
Prénom :
Signature :

Mère :

Nom :
Prénom :
Signature :

Tuteur :

Nom :
Prénom :
Signature :

FICHE SANITAIRE ET D'URGENCE

NOM et PRENOM de l'ENFANT : Date de naissance : F M

VACCIN : Le DT POLIO est obligatoire.

Date du DT Polio : _____

Rappels les : _____

Autres vaccins : _____

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous rappelant les numéros de téléphone où nous pourrions vous joindre.

Pensez à communiquer à l'école et au service périscolaire tout changement de numéro en cours d'année.

Domicile : _____

Portable du père : _____

Portable de la mère : _____

Travail du père : _____ Poste : _____

Travail de la mère : _____ Poste : _____

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : _____

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

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

Dans ce cas, prendre contact avec la médecine scolaire (pour les enfants de 6 ans et plus) ou de la PMI (pour les enfants de moins de 6 ans), pour étudier la nécessité de mettre en place un PAI (Projet d'accueil individualisé)

PAI (Projet d'accueil individualisé) existant : OUI : Fournir une copie du PAI.

Le protocole d'urgence et la trousse médicale devront être donnés à l'école.

Nom, adresse et N° de téléphone du médecin traitant : _____

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Angine Oreillons Scarlatine Varicelle Coqueluche Rougeole Rubéole Otite

Port de :

Lentilles Lunettes Prothèses auditives Prothèses dentaires

Autre, préciser : _____

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

Je m'engage à informer les services de l'enseignement de toute modification importante concernant l'état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d'année.

Signatures des parents / tuteur :

Père

Mère

Tuteur

GESTION TEMPS PERISCOLAIRE :

Mairie de MACHILLY
290, Route des Voirons
74 140 MACHILLY
Tel : 06.78.89.99.80
Mail: tap@machilly.fr



MACHILLY

GESTION TEMPS SCOLAIRE :

ECOLE PRIMAIRE PUBLIQUE
Mme MARTIN Véronique / Directrice
45, Route des Acacias
74 140 MACHILLY
Tel : 04 50 94 65 55
Mail: ce.0740549v@ac-grenoble.fr

ASSURANCE SCOLAIRE :

Nom de la société ou de la mutuelle :	
N° de contrat :	
L'enfant est-il assuré responsabilité civile ?	
L'enfant est-il assuré dommage corporels ?	

ASSURANCE MALADIE :

Nom de la caisse d'assurance maladie :	
Nom et prénom de la personne bénéficiaire :	
Numéro de Sécurité Sociale :	

L'enfant porte-t-il des **lunettes** ? Oui Non**Si oui**, doit-il les porter en classe uniquement ? Oui Non**Si oui**, peut-il les porter en récréation ? Oui Non**Si oui**, peut-il les porter en sport ? Oui Non

Remarques :

PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT : en cas d'urgence et aux heures de sortie de maternelle et périscolaire :

NOM : PRENOM :
Lien avec l'enfant :
Adresse :
Code Postal : Commune :
Tél. domicile : Tél. travail : Tél. port. :

NOM : PRENOM :
Lien avec l'enfant :
Adresse :
Code Postal : Commune :
Tél. domicile : Tél. travail : Tél. port. :

NOM : PRENOM :
Lien avec l'enfant :
Adresse :
Code Postal : Commune :
Tél. domicile : Tél. travail : Tél. port. :

Date :**Signature des représentants légaux :**

Merci d'apporter les originaux et de fournir les copies des documents ci-dessous :

- Pièces d'identité recto verso : Parents et enfant.
- Livret de famille (toutes les pages).
- Carnet de santé (pages vaccins).
- Justificatif de domicile (Facture de moins de trois mois : EDF / Télécom ligne fixe, ou échéancier Impôt, eau...) année en cours.

Parents séparés :

- Joindre le jugement relatif à la garde et la résidence des enfants

Si PAI (Projet d'accueil individualisé) :

- Fournir une copie du PAI