

**GESTION TEMPS PERISCOLAIRE :**

MAIRIE de MACHILLY  
 290 route des Voiron  
 74140 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  
 74140 MACHILLY  
 Tel: 04 50 94 65 55  
 Mail: ce.0740549v@ac-grenoble.fr

**FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS****ANNEE SCOLAIRE 2024/2025****L'ELEVE :**

NOM et Prénoms de l'élève : \_\_\_\_\_ Sexe  F  G

Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ À : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Classe fréquentée l'année dernière (2023/2024) : \_\_\_\_\_

Dans quelle école (si autre que Machilly) ? : \_\_\_\_\_

**LES PARENTS OU REPRESENTANTS LEGAUX :**

	Parent 1 / Représentant légal	Parent 2 / Représentant légal
	NOM DE NAISSANCE : NOM D'USAGE : Prénom :	NOM DE NAISSANCE : NOM D'USAGE : Prénom :
Adresse (mettre les deux adresses si séparés ou divorcés) :		
Tel personnel <sup>1</sup> :		
Tel portable :		
Courriel :	@	@
	J'autorise la communication de mon adresse postale et de mon mail aux associations de parents d'élèves. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	J'autorise la communication de mon adresse postale et de mon mail aux associations de parents d'élèves. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
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 parentale<sup>2</sup> (non la garde) : Les deux Parent 1 Parent 2

En cas de divorce, quel est le mode de garde : Résidence habituelle chez parent 1 Résidence habituelle chez parent 2 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.

**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 :	

**PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT : en cas d'urgence (pour tous les élèves) et aux heures de sortie de classe et de garderie pour les enfants de maternelle :**

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. : .....

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

NOM et Prénoms de l'élève :

**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 :**

<p><b><u>Parent 1 :</u></b></p> <p>Nom : Prénom : Signature :</p>
---

<p><b><u>Parent 2 :</u></b></p> <p>Nom : Prénom : Signature :</p>
---

<p><b><u>Représentant légal:</u></b></p> <p>Nom : Prénom : Signature :</p>
--

## 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 parent 1 : \_\_\_\_\_

Portable du parent 2 : \_\_\_\_\_

Travail du parent 1 : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

Travail du parent 2 : \_\_\_\_\_ 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 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOM et Prénoms de l'élève :

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

Angine  Oreillons  Scarlatine  Varicelle  Coqueluche  Rougeole  Rubéole  Otite

**Port de :**

Lunettes, **si oui**

doit-il les porter en classe ?	Oui	Non
doit-il les porter en récréation ?	Oui	Non

Lentilles  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 :**

Parent 1
----------

Parent 2
----------

Représentant légal
--------------------

NOM et Prénoms de l'élève :

**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 :	

**PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT :** en cas d'urgence (pour tous les élèves)  
et aux heures de sortie de classe et de garderie pour les enfants de maternelle :

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 :**

Si vous le complétez ce talon, il sera remis aux parents délégués de l'école  
Courriel : [deleguesmachilly@gmail.com](mailto:deleguesmachilly@gmail.com)

NOM et Prénoms de l'élève :

	Parent 1 / Représentant légal	Parent 2 / Représentant légal
	NOM : Prénom :	NOM : Prénom :
Adresse		
Tel portable :		
Courriel :	@	@