

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS ENFANT

Année 2019/2020

(Scolarité, restauration scolaire, étude surveillée, ramassage scolaire, ACM)

## ENFANT

Nom ..... Prénom .....  
Date de naissance ..... Lieu de naissance .....  
Adresse .....  
Code postal ..... Ville .....  
Ecole  Victor Baloche  La Fontaine  Hors Wissous  
Classe  PS  MS  GS  
 CP  CE1  CE2  CM1  CM2

PHOTO

F  M

## FAMILLE

### Situation familiale

Mariés/Pacsés  Divorcés/Séparés  Veuf/Veuve  Famille recomposée  Famille monoparentale

### Responsable légal 1

Mère  Père  Autre .....  
Nom .....  
Prénom .....  
Adresse (si différente de l'enfant) .....

N° Sécurité sociale / MSA .....  
Tél. domicile .....  
Tél. portable .....  
Tél. professionnel .....

### Responsable légal 2

Mère  Père  Autre .....  
Nom .....  
Prénom .....  
Adresse (si différente de l'enfant) .....

N° Sécurité sociale / MSA .....  
Tél. domicile .....  
Tél. portable .....  
Tél. professionnel .....

## INSCRIPTIONS

**Les inscriptions concernent toute l'année scolaire et débutent le 1<sup>er</sup> jour de la rentrée scolaire.**

### Scolarité

En 2018/2019, mon enfant était :

Non scolarisé et gardé :  En crèche  Au domicile  Autre .....  
 Scolarisé : Classe ..... Ecole ..... Ville .....

**Pour une inscription au cours de l'année scolaire 2019/2020, préciser la date d'inscription souhaitée** .....  
Ancienne école : Classe ..... Ecole ..... Ville .....

### Restauration scolaire

Je souhaite inscrire mon enfant à la restauration scolaire, les jours suivants :  Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

### Étude surveillée

L'inscription à l'étude surveillée est ouverte aux élèves du CP au CM2 pour **2 jours minimum** de présence par semaine.

Je souhaite inscrire mon enfant à l'étude surveillée, les jours suivants :  Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

### Ramassage scolaire

Je souhaite **préinscrire** mon enfant au ramassage scolaire, les jours suivants :

Lundi  Matin  Soir  
Mardi  Matin  Soir  
Jeudi  Matin  Soir  
Vendredi  Matin  Soir

Montée à l'arrêt :  La Fraternelle  Bois Charlet  
 Bas de Fresnes  École La Fontaine

Descente à l'arrêt :  École La Fontaine  École Victor Baloche

**! Nombre de places limité. Le service des affaires scolaires reviendra vers vous en juin pour confirmer l'inscription de votre enfant.**

### Accueil collectif de mineurs

Je souhaite inscrire mon enfant :

À l'**accueil du matin** (7h-8h30)  
pas de pré-inscription nécessaire  
 À l'**accueil du soir** (16h30-19h)  
 Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi  
 Au **post-étude** (18h-19h)  
 Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

Les **mercredis**  
 Journée complète (7h-19h) - repas inclus  
 1/2 journée (7h-13h30) - repas inclus

Dur les **vacances scolaires**, l'inscription se fait par flyer, mis à disposition dans les ACM, cinq semaines avant chaque période de vacances scolaires ou sur [www.wissous.fr](http://www.wissous.fr).

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

### Maladies déjà déclarées par l'enfant :

Angine	Rubéole	Coqueluche	Otite	Scarlatine	Rougeole	Varicelle	Oreillons
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non

### Votre enfant est-il allergique ?

Oui  Non

Si oui, quel type d'allergie :

Alimentaire  Médicamenteuse

Autre .....

### Informations complémentaires :

Votre enfant porte t-il :

Lunettes  Appareil dentaire

Autre .....

### Projet d'accueil individualisé (PAI) :

Votre enfant bénéficie t-il d'un PAI ?

Oui  Non

Si oui, préciser .....

### Médecin traitant de l'enfant :

Nom .....

Tél. ....

## EN CAS D'URGENCE

### Personnes autorisées à récupérer l'enfant et à prévenir en cas d'urgence

NOM et prénom	Lien de parenté	Téléphone

## AUTORISATION DU RESPONSABLE LÉGAL

### Sortie

- J'autorise** mon enfant (de plus de 6 ans) à partir seul de l'ACM à partir de .....h.....
- J'autorise** mon enfant (de plus de 6 ans) à partir seul de l'étude surveillée à 18h
- Je n'autorise pas** mon enfant à partir seul, ni de l'ACM, ni de l'étude surveillée

### Photos

Dans le cadre des activités faites sur les temps scolaires et périscolaires, des photos ou des films pourront être réalisés.

- J'autorise** la diffusion des photos ou vidéos de mon enfant sur les supports de communication de la Ville
- Je n'autorise pas** la diffusion des photos ou vidéos de mon enfant sur les supports de communication de la Ville

## EN CAS D'ACCIDENT

**J'autorise** le directeur de l'ACM, le responsable de l'étude surveillée, le cas échéant, à prendre toutes les mesures, d'hospitalisation, d'intervention chirurgicale, rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

En qualité de responsable de légal, je soussigné(e) .....

certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et m'engage :

- à prévenir le service des Affaires scolaires pour tout changement de situation (adresse, situation familiale, problème de santé...), en joignant les justificatifs nécessaires
- à respecter les règlements intérieurs relatifs aux ACM, études surveillées et restauration scolaire
- avoir pris connaissance de la fiche infos pratiques relative à la tarification et aux conditions d'inscription et d'annulations.

Fait à ..... le ..... Signature du responsable légal :