

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ENFANT

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

Année 2020/2021



Ville de Wissous

ENFANT

Nom Prénom

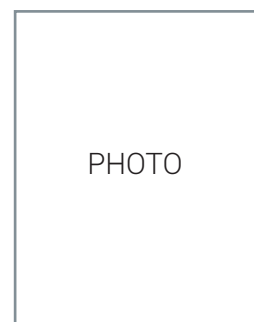
Date de naissance Lieu de naissance

Adresse

Code postal Ville

Ecole Victor Baloché La Fontaine Extérieurs

Classe PS MS GS
 CP CE1 CE2 CM1 CM2



F M

FAMILLE

Situation familiale

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

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

Scolarité

Pour une inscription en cours d'année scolaire 2020/2021, préciser la date d'inscription souhaitée :

Ancienne école : Classe Ville

Restauration scolaire (les réservations sont à effectuer sur votre portail famille)

En cas de rendez-vous médicaux (orthophonistes ou autres) sur le temps de la pause méridienne (12h-14h), se rapprocher des affaires scolaires.

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

Le nombre de places étant limité, en cas de non respect du règlement intérieur, votre enfant pourra être radié des études.

Ramassage scolaire

Le nombre de places étant limité, la pré-inscription à ce service est obligatoire. Réponse à la demande de pré-inscription : juin 2020.

Lundi Matin Soir

Mardi Matin Soir

Jeudi Matin Soir

Vendredi Matin Soir

Montée à l'arrêt :

La Fraternelle
 Bois Charlet
 École La Fontaine

Descente à l'arrêt :

École La Fontaine
 École Victor Baloché

Je récupère mon enfant le midi oui non

Accueil Collectif de Mineurs (les réservations sont à effectuer sur votre portail famille)

À titre indicatif, mon enfant serait présent à l'ACM pour : l'accueil du matin les mercredis
 l'accueil du soir les vacances
 le soir après l'étude surveillée

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.....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI

(Projet d'Accueil Individualisé) ?

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 deh.....
- 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 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
- **à prendre connaissance de la fiche enfance infos pratiques** relative à la tarification et aux conditions d'inscription et d'annulation.

Fait à le Signature du responsable légal :