

PRÉCAUTIONS A PRENDRE POUR CERTAINES ACTIVITES PHYSIQUES

Votre enfant peut-il pratiquer des activités sportives ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Observations :
En cas de contre-indication fournir un certificat médical		
Précautions à prendre le cas échéant, lors de la pratique sportive.	Port de lunettes Lentilles de contact Autres :	Observations :

Je soussigné(e),

responsable légal de l'enfant.....

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Verquières le

Signature des parents :

 <p>DEPARTEMENT DES BOUCHES-DU-RHÔNE</p> <p>M A I R I E D E V E R Q U I È R E S 3870</p> <p>04.90.90.22.50 Mail : mairie@verquieres.com</p> <p>École REGAIN Tél : 04.90.95.04.27 Mail : ce.0131185t@ac-aix-marseille.fr</p>	<p>FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS</p> <p>Année scolaire 2018/2019</p> <p><i>À remplir par la famille et à ramener complétée en mairie au plus tard le 25 mai 2018</i></p>	<p>ENFANT :</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Sexe : F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/></p> <p>Classe :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Lieu de naissance :</p>
---	---	---

Ces renseignements sont importants, toute modification en cours d'année devra être signalée en Mairie.

PARENTS OU RESPONSABLES LEGAUX (en cas de divorce des parents joindre le jugement de divorce)

	Père	Mère
Nom		
Prénom		
Profession		
Adresse		
	Divorce <input type="checkbox"/>	Séparé <input type="checkbox"/> Jugement divorce fourni <input type="checkbox"/>
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Téléphone travail		
E-mail		

N.b : Ces renseignements sont obligatoires. En cas de divorce ou de séparation, l'école se doit d'envoyer à chacun des parents les résultats scolaires de l'enfant ainsi que le matériel de vote à l'élection des parents d'élèves.

PERSONNES HABILITEES

À l'école comme à la garderie, les enfants ne peuvent être confiés qu'aux personnes ayant reçu l'autorisation des parents ou du responsable légal sur présentation d'une pièce d'identité. En dehors de ces autorisations permanentes, seule une autorisation écrite de votre part permettra à une autre personne de récupérer l'enfant.

Nom des personnes autorisées	Lien avec l'enfant	Téléphone	Autorisée à venir chercher l'enfant (1)		À prévenir en cas d'accident (1)	
			Oui	Non	Oui	Non

(1) Entourez la réponse de votre choix

ASSURANCE

Nous joignons l'attestation d'assurance responsabilité civile extrascolaire

Nom de l'assureur		
Numéro du contrat		
Options choisies	<input type="checkbox"/> Scolaire	<input type="checkbox"/> Extrascolaire

AUTORISATION POUR RENTRER SEUL

Nous soussignés Monsieur et Madame

autorisons notre enfant (nom, prénom, âge)

à quitter la garderie seul
 en compagnie d'une personne habilitée

DROIT À L'IMAGE

Nous autorisons la mairie ou l'école à prendre en photo notre enfant dans un but non commercial. Ces photos pourront être publiées sur le bulletin municipal, la presse locale, notre site internet....

OUI NON

REGLEMENTS

Nous déclarons avoir pris connaissance des règlements suivants et nous nous engageons à les respecter.

Cantine Garderies municipales

(*) cocher les cases après lecture des règlements

Verquières le

Signature des parents :

 <p>DÉPARTEMENT DES BOUCHES-DU-RHÔNE MAIRIE DE VERQUIÈRES 13970 École REGAIN Tél : 04.90.95.04.27 Mail : ce.0131185t@ac-aix-marseille.fr</p>	FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX Année scolaire 2018/2019 À remplir par la famille et à ramener complétée en mairie au plus tard le 25mai 2018	ENFANT :
		Nom : Prénom : Sexe : F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Classe : Date de naissance : Lieu :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services 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.

Protocole de prise en charge médicale (PAI):	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Observations :
Maladies Chroniques :	Asthme <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Autre :	Observations :
Vaccins obligatoires :	Diphtérie Tétanos Poliomyélite	Date du dernier rappel :
Vaccins recommandés :	BCG Coqueluche Rubéole-Oreillons-Rougeole Hépatite B Autre	Dates :
Allergies : (si nécessaire, fournir les justificatifs des préconisations médicales)	Alimentaire Respiratoire Autres :	
Remarques particulières :		