

FRERES ET SOEURS

Nom (si différent)	Prénom	Date de naissance	Lieu de scolarisation

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile OUI - NON Individuelle accident OUI - NON Compagnie _____

AUTORISATIONS (à remplir en deux exemplaires en cas d'adresses différentes du père et de la mère)

Père J'accepte de communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves *

Mère J'accepte de communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves *

Père J'autorise la diffusion de l'image de mon enfant (site internet de l'école, journal, photos de classe, cantine, périscolaire, etc)

Mère J'autorise la diffusion de l'image de mon enfant (site internet de l'école, journal, photos de classe, cantine, périscolaire, etc)

**Pour des questions pratiques et par souci d'économie, l'APEM (Association des Parents d'Elèves de Mégevette) vous transmettra ses courriers par voie électronique. L'APEM s'engage à ne pas communiquer votre adresse électronique. En cas de refus vous serez prévenus par courrier papier.*

Vous disposez d'un droit d'accès de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (article 34 de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978).

* Renseignement utilisé dans l'application Base-élèves (application en ligne de gestion de la population scolaire créée par l'Education Nationale, et déclarée à la CNIL). Les autres informations ne sont pas indiquées dans cette application et restent à usage interne à l'école.

Signature des parents

AVIS AUX PARENTS

Une base de données informatique dénommée « Base élèves » a été créée pour assurer la gestion des élèves (inscriptions, admissions, radiations, répartition dans les classes, changement de niveau et de cycle) et établir le suivi des effectifs d'élèves dans l'ensemble des écoles.

L'Ecole Primaire Publique de Mégevette est soumise à cette obligation. Je vous demanderai donc de bien vouloir remplir la fiche de renseignements ci-dessous et de me la rapporter dans les meilleurs délais. Seules les données précédées d'un astérisque seront renseignées dans « Base élèves ».

Le maire de la commune est également destinataire de ces données, dans le cadre de ses compétences légales en matière d'inscription scolaire et de contrôle de l'obligation scolaire.

Cette application informatique a été déclarée à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) le 24 décembre 2004 par le Ministère de l'Education nationale.

Les droits d'accès et de rectification des parents ou des responsables légaux des élèves à l'égard du traitement de données à caractère personnel, prévus par les articles 39, et 40 de la loi du 6 janvier 1978 susvisée, s'exercent soit sur place, soit par voie postale, soit par voie électronique auprès du directeur de l'école, de l'inspecteur de l'Education nationale de la circonscription ou de l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'Education nationale.

Mr CORDE Olivier
Directeur de l'école primaire publique de Mégevette

Mr MEYNET-CORDONNIER Max
Le Maire

FICHE SANITAIRE CANTINE 2019-2020	NOM : PRENOM : DATE DE NAISSANCE :
--	--

VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DTpolio				Autres (préciser)	
Ou Tetracoq					
BCG					

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT.

Traitement :

Si l'enfant suit un **traitement médical** nécessitant la prise de **médicaments** durant les temps d'accueil, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et sans autorisation signée des parents.

Allergies alimentaires : En cas de plusieurs allergies alimentaires : Fournir un certificat médical et prendre rendez-vous avec Mr le Maire.

Allergies médicamenteuses :

Autres allergies :

	Oui	Non
Asthme		

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :-----

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (accident, crises convulsives, rééducation...) en précisant les **précautions à prendre** :-----

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc.
Préciser-----

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM-----PRENOM-----
ADRESSE-----

TELEPHONE domicile -----
Portable du père : -----
Portable de la mère : -----
TELEPHONE du lieu de travail :
Du père : -----
De la mère : -----

NOM DU MEDECIN TRAITANT : -----
TELEPHONE : -----

Je soussigné(e), -----responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les personnes responsables de l'accueil périscolaire à prendre toutes mesures (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

AUTORISATION D'UNE TIERCE PERSONNE A EMMENER
MON OU MES ENFANT(S)
POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2019-2020

Je soussigné(e) :

Autorise :

.....

A emmener mon (mes) enfant(s) :

.....

.....

Lors de la sortie du périscolaire si je suis absent(e).

Liste des personnes autorisées à récupérer mon (mes) enfant(s) à la sortie de la garderie périscolaire :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**FICHE
SANITAIRE GARDERIE
2019-2020**

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :

VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DTpolio				Autres (préciser)	
Ou Tetracoq					
BCG					

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT.

Traitement :

Si l'enfant suit un **traitement médical** nécessitant la prise de **médicaments** durant les temps d'accueil, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et sans autorisation signée des parents.

Allergies alimentaires : En cas de plusieurs allergies alimentaires : Fournir un certificat médical et prendre rendez-vous avec Mr le Maire.

Allergies médicamenteuses :

Autres allergies :

	Oui	Non
Asthme		

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :-----

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (accident, crises convulsives, rééducation...) en précisant les **précautions à prendre** :-----

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc.
Préciser-----

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM-----PRENOM-----
ADRESSE-----

TELEPHONE domicile-----
Portable du père :-----
Portable de la mère :-----
TELEPHONE du lieu de travail :
Du père :-----
De la mère :-----

NOM DU MEDECIN TRAITANT :-----
TELEPHONE :-----

Je soussigné(e), -----responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les personnes responsables de l'accueil périscolaire à prendre toutes mesures (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

