

ETAT CIVIL

Nom et Prénom de l'enfant : _____

Nom du parent 1 : _____ date de naissance : _____

Profession : _____ employeur : _____

Nom du parent 2 : _____ date de naissance : _____

Profession : _____ employeur : _____

ASSURANCE DE L'ENFANT (*Attestation à fournir obligatoirement*)Responsabilité civile : Oui Non Individuelle accident : Oui Non

Compagnie d'assurance : _____ Numéro de police d'assurance : _____

Numéro et adresse du centre de sécurité sociale : _____

FRERES ET SOEURS

| Nom | Prénom | Date de Naissance | Ecole où est scolarisé l'enfant | Niveau |
|-----|--------|-------------------|---------------------------------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

SUIVI EXTERIEUR A L'ECOLE

Votre enfant est suivi par :

- **Le CMP :** OUI NON
- **Le CAMSP :** OUI NON
- **Un autre organisme (MDS, SPREN, ...)** OUI NON lequel ? _____
- **Un spécialiste (ergothérapeute, orthophoniste, ...)** OUI NON lequel ? _____

Nom de la personne qui le suit : _____

Adresse : _____

Téléphone et / ou courriel : _____

Nombre de séances par semaine / Horaires: _____

URGENCE

Parent 1 : __/__/__/__ Parent 2 : __/__/__/__ Autre : __/__/__/__

Nom parent 1 : _____ Nom parent 2 : _____ Nom autre personne : _____

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.**GESTION DU PORT DE LUNETTES**Votre enfant porte-t-il des lunettes ? Oui Non Doit-il les porter en récréation ou pendant le sport ? Oui Non **SANTE DE L'ENFANT**Votre enfant est-il allergique ? Oui Non Si Oui, à quoi ? _____

A-t-il un traitement à prendre ? _____

Est-il asthmatique ? Oui Non

Autre problème de santé _____

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant : _____

Date du dernier vaccin D.T. Polio : _____ Poids : _____

Ressources informatiques disponibles à la maison dans le cadre de la continuité pédagogique

Afin de permettre la continuité pédagogique dans le cadre d'un possible confinement, merci de renseigner les informations suivantes. A la maison vous êtes équipés de : *(cocher les cases qui vous concernent)*

- Connexion internet à la maison
- Connexion internet sur votre Smartphone
- Ordinateur
- Tablette
- Smartphone
- imprimante

Autorisation d'utilisation de photographies et de travaux d'élèves réalisés dans le cadre scolaire

Autorisation parentale

Vu le Code civil, en particulier son article 9, sur le respect de la vie privée,

Vu le Code de la propriété intellectuelle,

J'autorise l'école à publier les photographies et les travaux de mon enfant dans le cadre scolaire :

- Dans la classe
- Dans l'école
- Sur le site ou l'ENT

OUI NON

J'autorise la Mairie ou tout autre organisme partenaire pédagogique intervenant dans l'école à publier les photographies et travaux de mon enfant mineur :

OUI NON

Je m'engage à signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur ces fiches.

Nom et Prénom de l'enfant : _____

Date :

Signature :

Signature :