

Tampon de l'école

Tampon date :

CE :

Éléments fournis obligatoires

- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Attestation d'assurance extrascolaire
- Livret de famille ou acte de naissance enfant, si première inscription
- N° Caf, attestation MSA ou avis d'impôts

Selon l'inscription

- Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive (pour EMS)
- Un RIB + formulaire SEPA complété, pour prélèvement automatique.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2018/2019

À DÉPOSER
DANS L'ÉCOLE DE L'ENFANT



RENSEIGNEMENTS ENFANT

Nom* : Prénom* :

Date de naissance* :/...../..... Fille Garçon

Établissement scolaire fréquenté * (2018/2019) :

Maternelle Élémentaire Collège

* Informations à renseigner obligatoirement

FICHE PARENTALE

Le responsable légal 1

Autorité parentale **oui** **non**

Père Mère Tuteur(trice) Date de naissance :/...../.....

Marié.e Union libre Pacsé.e Veuf.ve Divorcé.e Séparé.e Célibataire

Nom* : Prénom* :

Conjoint.e (si différent du responsable légal 2) : Nom : Prénom :

Adresse* : N° Rue Bât. App.

Code postal : Commune :

Profession : Employeur :

Tél. fixe : Tél. portable : Tél. pro :

J'autorise l'envoi de SMS oui non

Courriel : @

J'autorise l'envoi de courriels de la Ville de Clermont-Ferrand oui non

N° Allocataire* : Caf

Pour les allocataires MSA, fournir une attestation de quotient familial MSA.
Pour les non-allocataires Caf ou MSA, fournir l'avis d'imposition 2016.

Le responsable légal 2

Autorité parentale **oui** **non**

Père Mère Tuteur.trice Date de naissance :/...../.....

Marié.e Union libre Pacsé.e Veuf.ve Divorcé.e Séparé.e Célibataire

Nom* : Prénom* :

Conjoint.e (si différent du responsable légal 1) : Nom : Prénom :

Adresse* : N° Rue Bât. App.

Code postal : Commune :

Profession : Employeur :

Tél. fixe : Tél. portable : Tél. pro :

J'autorise l'envoi de SMS oui non

Courriel : @

J'autorise l'envoi de courriels de la Ville de Clermont-Ferrand oui non

N° Allocataire* : Caf

Pour les allocataires MSA, fournir une attestation de quotient familial MSA.
Pour les non-allocataires Caf ou MSA, fournir l'avis d'imposition 2016.

* Informations à renseigner obligatoirement

SITUATION FAMILIALE

Si les adresses sont différentes, la résidence habituelle de l'enfant durant la semaine est fixée chez le :

Semaine paire : Responsable légal 1 Responsable légal 2

Semaine impaire : Responsable légal 1 Responsable légal 2

Si vous souhaitez faire valoir un jugement relatif à une séparation (garde, autorité parentale, etc.) merci d'en joindre un exemplaire à ce dossier.

CONTACTS

Veillez indiquer ci-dessous les personnes majeures habilitées à venir chercher l'enfant et à être prévenues en cas d'urgence (les responsables légaux ne doivent pas être mentionnés ici)

Personne 1 : M. Mme Nom : Prénom :

Tél. fixe : Tél. portable : Tél. pro :

Personne 2 : M. Mme Nom : Prénom :

Tél. fixe : Tél. portable : Tél. pro :

Personne 3 : M. Mme Nom : Prénom :

Tél. fixe : Tél. portable : Tél. pro :

AUTORISATIONS

Sortie de mon enfant (élémentaire uniquement)

Autorise N'autorise pas mon enfant à quitter seul la structure d'accueil

Droit à l'image

Votre enfant peut être photographié ou filmé par les services de la Ville de Clermont-Ferrand.
Si vous ne le souhaitez pas, merci de le préciser ci-dessous.

Autorise N'autorise pas

PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

Je souhaite payer par prélèvement automatique (activités du Tout'En 1, ateliers socioculturels et activités des vacances scolaires)

oui non

Si oui, merci de joindre un RIB et le formulaire SEPA ci-joint dûment rempli.

ATTESTATION

Je soussigné(e),

Père Mère Tuteur.trice de l'enfant :

- Atteste avoir pris connaissance des diverses informations et conditions.
- M'engage à régler à la Ville de Clermont-Ferrand les frais incombant à notre famille (déduction faite d'aides éventuelles) dans les délais exigés.
- Certifie que l'enfant ne présente aucune contre-indication physique à la pratique des activités mises en place par l'organisateur.
- Certifie que les renseignements fournis lors de l'inscription sont exacts.
- M'engage à respecter le règlement intérieur en vigueur (téléchargeable sur www.clermont-ferrand.fr et consultable dans les différentes structures d'accueil).
- Autorise l'enfant à participer aux activités organisées par la Ville de Clermont-Ferrand.

Fait le :/...../.....

Signature du responsable légal
précédée de la mention « lu et approuvé »

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2018/2019

(OBLIGATOIRE)

FICHE SANITAIRE

Nom de l'enfant : Prénom :

Vaccinations

Vaccins	oui	non	Date des derniers rappels
Diphtérie			
Tétanos*			
Poliomyélite			

S'il manque des vaccins obligatoires à l'enfant, merci de joindre obligatoirement un certificat médical de contre-indication. Il est possible de faire compléter le tableau ci-contre par son médecin ou de joindre les copies de son carnet de vaccinations.

***Attention : aucune contre-indication pour le vaccin antitétanique.**

L'enfant à-t-il déjà eu les allergies suivantes :

- Asthme Oui Non
- Alimentaires Oui Non
- Médicamenteuses Oui Non
- Autres (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si au moins l'une des cases « oui » est cochée, pour assurer la sécurité de l'enfant, un Protocole d'accueil individualisé (PAI) 2018/2019 pourra être signé. Vous devez contacter l'Infirmière scolaire de l'école afin qu'elle puisse vous conseiller dans les démarches qui permettront son accueil à l'école et dans les activités périscolaires et extrascolaires.

Attention : aucun médicament ne sera donné à votre enfant s'il n'est pas prévu dans un PAI.

Informations sanitaires diverses (Port de lunettes, d'appareils dentaires ou auditifs, traitement médical, automédication, si allergie, précisez la cause et la conduite à tenir)

.....
.....

Informations complémentaires :

- Repas sans porc

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale etc.) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Fait le :/...../.....

Signature du représentant légal :

CERTIFICAT MÉDICAL École municipal des sports (EMS) uniquement

Certificat médical standard accepté

Je soussigné(e), Docteur

certifie que l'enfant

né(e) le/...../..... ne présente aucune contre-indication à la pratique sportive.

Fait le/...../..... à

Cachet du médecin