

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____

AUTORISATIONS :

J'autorise l'équipe d'animation et les enseignants à remettre mon enfant aux personnes ci-dessous et à les joindre en cas d'urgence et/ou de retard ** :

Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Lien de parenté avec l'enfant :	Lien de parenté avec l'enfant :	Lien de parenté avec l'enfant :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
Tél. :	Tél. :	Tél. :
Tél travail/portable :	Tel travail/portable :	Tel travail/portable :

(une pièce d'identité sera exigée)

Si nous ne pouvons pas vous joindre ou joindre les personnes ci-dessus en cas de maladie ou accident, votre enfant sera pris en charge par les services de secours.

Autorisation relative au temps scolaire

- Je soussigné(e) *
Responsable de l'enfant *
autorise/n'autorise pas la communication de mon adresse mail aux associations de parents d'élèves :

Mère : **oui** **non**
Père : **oui** **non**

- J'autorise l'équipe enseignante, à réaliser et à utiliser des photos ou des images ou des vidéos sur lesquelles peut apparaître mon enfant dans le cadre pédagogique, prises au cours des activités scolaires * .

Mère : **oui** **non**
Père : **oui** **non**

Autorisation relative aux temps périscolaires

- Votre enfant est-il autorisé à rentrer seul à votre domicile * :
(Pour les enfants d'élémentaire uniquement)

Si oui, merci de compléter :

- les mercredis et vacances à h
- les accueils périscolaires du soir à h
- La pré-étude à 16 h 30
- L'étude à 17 h 30
- les ateliers après l'école à 18 h 00

- J'autorise les équipes d'animation à réaliser des photos ou des vidéos sur lesquelles peut apparaître mon enfant. Ces photos et vidéos peuvent faire l'objet d'une diffusion dans les publications de la Ville * .

Mère : **oui** **non**
Père : **oui** **non**

DÉCLARATION DES RESPONSABLES LÉGAUX :

Je (nous) soussigné (e) (soussignons) * et ,
déclare (déclarons) exacts les renseignements portés sur cette fiche **et m'engage (nous engageons) à la réactualiser.**

Fait à Vincennes, le

Signature du père, de la mère, du tuteur * :

Signature du père, de la mère, tuteur * :

* Informations obligatoires

** informations facultatives

L'ENFANT

FICHE DE RENSEIGNEMENT

2018-2019

Nom de l'école :

Nom * :

Prénom * :

Date de naissance * :

Lieu de naissance (+ département) * :

Garçon * : fille * :

Adresse, CP , commune * :

.....

Classe * : Niveau * :

Accueil de loisirs * :

VOUS CONNAÎTRE :

RESPONSABLE(S) LEGAL(UX) :

① père, mère, tuteur (rayer les mentions inutiles)

Nom * : Prénom * :

Nom d'usage * : Profession * :

Adresse * :

Tél. prof * : Tél. Dom * :

Courriel * : Portable * :

RESPONSABLE(S) LEGAL(UX) :

① père, mère, tuteur (rayer les mentions inutiles)

Nom * : Prénom * :

Nom d'usage * : Profession * :

Adresse * :

Tél. portable* : Tél. Dom * :

Courriel * : tel prof * :

* Informations obligatoires

CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE :

Cocher la case correspondant à votre activité professionnelle actuelle *:

Activités	Père, mère, tuteur	Père, mère, tuteur
Agriculteur		
Artisans, commerçants, petits patrons		
Professions libérales, cadres supérieurs		
Professions intermédiaires (cadres moyens, maîtrises, fonctionnaires)		
Retraités		
Employés		
Ouvriers		
Sans Professions		
Autres cas		

ASSURANCES :

Police d'assurance couvrant l'enfant *
(nom, adresse et numéro de contrat) :

Joindre l'attestation pour l'année scolaire en cours (responsabilité civile et individuelle accident) dès la rentrée *

VACCINATIONS :

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie *				Coqueluche **	
Tétanos *				Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b **	
Poliomyélite *				Hépatite B **	
				Infections invasives à pneumocoque **	
				Méningocoque de sérogroupe C **	
				Rubéole Oreillons Rougeole **	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

* Informations obligatoires ** informations facultatives

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Coordonnées du médecin traitant **:

(nom et téléphone—facultatif)

L'enfant fait-il l'objet d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) * ? oui non

Si oui, merci de joindre **obligatoirement** une photocopie de ce document à l'accueil périscolaire

Si vous souhaitez transmettre une information spécifique pour le bon accueil de votre enfant, veuillez vous adresser au directeur de l'école et/ou de l'accueil de loisirs.

La collecte des données personnelles répond aux obligations de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ainsi qu'au règlement européen 2016/679 du Parlement européen et du conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

En apposant ma signature, je reconnais avoir été informé(e) des politiques de confidentialité :
- de la Ville de Vincennes, disponible sur le site <https://www.vincennes.fr>

- du Ministère de l'éducation nationale, disponible sur le lien <http://www.education.gouv.fr/cid2606/mentions-legales.html>

* Informations obligatoires ** informations facultatives