

FICHE GÉNÉRALE DE RENSEIGNEMENTS

Cette fiche de contact est à l'attention des Services Départementaux de l'Éducation Nationale de l'Indre, de l'Académie d'Orléans-Tours, des écoles de Reuilly, de la mairie de Reuilly et du centre de loisirs.

ENFANT

Nom de famille : _____ Nom d'usage : _____ Sexe : F M

Prénom(s) : _____

Né(e) le : ___ / ___ / _____ Lieu de naissance (ville et département) : _____

REPRESENTANTS LEGAUX

MERE PERE TUTEUR

M. Mme Nom de famille : _____ Autorité parentale : Oui Non

Nom d'usage : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

L'enfant habite à cette adresse : Oui Non Code de la catégorie socio-professionnelle (cf. p. principale du dossier) : _____

Tél. portable : _____ Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____

Adresse mail : _____ @ _____

MERE PERE TUTEUR

M. Mme Nom de famille : _____ Autorité parentale : Oui Non

Nom d'usage : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

L'enfant habite à cette adresse : Oui Non Code de la catégorie socio-professionnelle (cf. p. principale du dossier) : _____

Tél. portable : _____ Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____

Adresse mail : _____ @ _____

TIERS DELEGATAIRE (personne physique ou morale)

LIEN AVEC L'ENFANT : _____

M. Mme Nom de famille : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____ Organisme : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

L'enfant habite à cette adresse : Oui Non Code de la catégorie socio-professionnelle (cf. p. principale du dossier) : _____

Tél. portable : _____ Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____

Adresse mail : _____ @ _____

AUTRES RESPONSABLES qui ont la charge effective de l'enfant (personne physique ou morale)

M. Mme Nom de famille : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____ Organisme : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

L'enfant habite à cette adresse : Oui Non Lien avec l'enfant : _____

Tél. portable : _____ Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____

Adresse mail : _____ @ _____

M. Mme Nom de famille : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____ Organisme : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

L'enfant habite à cette adresse : Oui Non Lien avec l'enfant : _____

Tél. portable : _____ Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____

Adresse mail : _____ @ _____

PERSONNES MAJEURES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (et autorisées à venir chercher l'enfant à la fin d'une activité)

Cocher les cases selon si la personne est à contacter en cas d'urgence et/ou autorisée à venir chercher l'enfant à la fin d'une activité.

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____

Tél. portable : _____ Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____

À contacter en cas d'urgence Autorisé à venir chercher l'enfant à la fin d'une activité

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____

Tél. portable : _____ Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____

À contacter en cas d'urgence Autorisé à venir chercher l'enfant à la fin d'une activité

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____

Tél. portable : _____ Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____

À contacter en cas d'urgence Autorisé à venir chercher l'enfant à la fin d'une activité

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____

Tél. portable : _____ Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____

À contacter en cas d'urgence Autorisé à venir chercher l'enfant à la fin d'une activité

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

VACCINATION (se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccinations de l'enfant)

	VACCIN	DATE DU DERNIER RAPPEL
Vaccins obligatoires	Diptérie	
	Tétanos	
	Poliomyélite	
Vaccins obligatoires pour les enfants nés à partir de 2018	Hépatite B	
	Rubéole-Oreillons-Rougeole	
	Coqueluche	
	Haemophilus Influenzae	
	Pneumocoque	
	Méningocoque C	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

ALLERGIES

Asthme : Oui Non

Médicamenteuse : Oui Non *Si oui, préciser :* _____

Alimentaire : Oui Non *Si oui, préciser :* _____

Autre allergie : _____

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

Si l'enfant souffre d'une allergie, joindre le PAI, le protocole d'administration et l'autorisation écrite des parents.

MALADIES ET TRAITEMENTS

L'enfant suit-il un traitement à ce jour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant). Aucun traitement ne pourra être donné sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Varicelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Angine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Coqueluche	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Otite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

L'enfant présente-t-il des difficultés de santé particulières (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, ...) ? Oui Non

Si oui, préciser les dates et les précautions à prendre : _____

RECOMMANDATIONS UTILES

Indiquer ici toutes les recommandations que vous jugerez importantes concernant l'enfant (porte-t-il des lunettes, des prothèses dentaires ou auditives, mouille-t-il son lit ? ...)

MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant : _____ Téléphone : _____

ASSURANCE SCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE

Nom de l'assurance : _____ Numéro : _____

AUTORISATIONS

J'autorise que mon enfant soit filmé, enregistré ou photographié en vue d'une diffusion sur un support de la commune de Reuilly (bulletin, Intramuros, site internet de la commune, etc...) : Oui Non

J'accepte que mon adresse (postale et mail) soit utilisée par la mairie de Reuilly et ses services, dans le cadre des activités scolaires et périscolaires (informations liées aux inscriptions pour les vacances au centre de loisirs, à la cantine scolaire et à l'accueil avant et après la classe, etc ...) ou lors d'événements ponctuels organisés pour les enfants par la mairie ou une association de Reuilly : Oui Non

J'autorise le responsable de la cantine scolaire ou du centre de loisirs à administrer un traitement médical (uniquement dans le cadre d'un PAI ou d'une maladie ponctuelle et avec une autorisation signée des parents) et à prendre, le cas échéant, toutes dispositions d'urgences (appel des services d'urgence pour hospitalisation, interventions chirurgicales, ...) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

J'autorise que mon enfant soit transporté dans le cadre des sorties périscolaires.

J'autorise que mon enfant pratique des activités physiques et sportives (y compris des activités de baignade) dans le cadre des sorties périscolaires.

Je m'engage à informer la mairie de Reuilly de tout changement qui surviendrait en cours d'année.

J'ai lu et j'accepte « la charte de la laïcité à l'école ».

J'atteste, sur l'honneur, l'exactitude des informations renseignées sur cette fiche générale de renseignements.

Date : ___ / ___ / _____

Signatures des représentants légaux :

NOM et Prénom de l'enfant : _____ Date de naissance : ___ / ___ / _____

INSCRIPTION A LA CANTINE SCOLAIRE

Cette fiche de renseignements est à l'attention de la mairie de Reuilly et du centre de loisirs.

ENFANT

RAPPEL DE L'IDENTITE

Nom de famille : _____ Nom d'usage : _____ Sexe : F M

Prénom(s) : _____

Né(e) le : ___ / ___ / _____

PARENT OU REPRESENTANT LEGAL

RAPPEL DE L'IDENTITE

M. Mme Nom d'usage : _____ Prénom : _____

Adresse mail : _____ @ _____

Je m'engage à informer la mairie de Reuilly de tout changement qui surviendrait en cours d'année.

J'ai lu et j'accepte le règlement intérieur de la cantine scolaire.

Date : ___ / ___ / _____

Signatures des représentants légaux :

INSCRIPTION AU CENTRE DE LOISIRS ET À L'ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

Cette fiche de renseignements est à l'attention de la mairie de Reuilly et du centre de loisirs.

ENFANT

RAPPEL DE L'IDENTITE

Nom de famille : _____ Nom d'usage : _____ Sexe : F M

Prénom(s) : _____

Né(e) le : ___ / ___ / _____

INSCRIPTION AUX ACTIVITES

ACCUEIL PERISCOLAIRE

Une fois cette fiche d'inscription complétée et remise au pôle Enfance et Jeunesse de la commune, il ne sera pas nécessaire de prévenir le pôle de la présence ou non de l'enfant sur le temps de l'accueil périscolaire d'avant classe et après class même pour le Les enfants seront acceptés à leur arrivée le matin et pris en charge le soir dans la limite des horaires définis dans le règlement intérieur.

CENTRE DE LOISIRS

Une communication par mail informera les familles de l'ouverture des réservations en ligne, sur le Portail-Famille, pour les vacances scolaires. Les modalités seront exposées lors de l'inscription. Pour les inscriptions des enfants au centre de loisirs et à la cantine du mercredi, les réservations sont à renseigner sur l'espace personnel du portail famille jusqu'au dimanche soir. Passé ce délai, il n'est plus possible de modifier la réservation. Seul un justificatif médical permet de justifier une absence.

REPRESENTANT LEGAL

RAPPEL DE L'IDENTITE

M. Mme Nom d'usage : _____ Prénom : _____

Adresse mail : _____ @ _____

REGIME SOCIAL (ces informations serviront à définir les tarifs appliqués)

Régime social : Caisse d'allocations familiales MSA Numéro allocataire : _____ Quotient Familial : _____ €

- Je m'engage à informer la mairie de Reuilly de tout changement qui surviendrait en cours d'année.
- J'atteste, sur l'honneur, l'exactitude des informations renseignées sur cette fiche générale de renseignements.
- J'ai lu et j'accepte le règlement intérieur du Centre de loisirs.

Date : ___ / ___ / _____

Signatures des représentants légaux :

DEMANDE DE DÉROGATION

Cette fiche est à remettre par les parents au directeur de l'école (avec le certificat de radiation de l'ancienne école s'il s'agit d'un changement d'école élémentaire) pour les parents souhaitant une scolarisation de leur enfant hors commune de résidence.

ENFANT

Nom de famille : _____ Nom d'usage : _____ Sexe : F M

Prénom(s) : _____

Né(e) le : ___ / ___ / _____ Lieu de naissance (ville et département) : _____

École d'origine : _____

École souhaitée : _____

Classe dans laquelle sera inscrit l'enfant : _____

REPRESENTANTS LEGAUX

M. Mme Nom d'usage : _____ Prénom : _____

M. Mme Nom d'usage : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____ Tél. travail : _____

Adresse mail : _____ @ _____

AUTORISATION DU MAIRE DE LA COMMUNE DE RESIDENCE

Raisons évoquées par les parents pour une scolarisation hors commune : _____

Accord du maire pour une scolarisation hors commune.

Désaccord du maire pour une scolarisation hors commune.

Date : ___ / ___ / _____

Signature et cachet :

AVIS DU MAIRE DE LA COMMUNE D'ACCUEIL

Avis : Favorable pour l'inscription de l'enfant _____

Défavorable

À l'école : _____

Date : ___ / ___ / _____

Signature et cachet :