# 

**GESTION TEMPS SCOLAIRE :**

**ECOLE PRIMAIRE PUBLIQUE**

**Mme MARTIN Véronique / Directrice**

**45 route des Acacias**

**74140 MACHILLY**

**Tel: 04 50 94 65 55**

**Mail: ce.0740549v@ac-grenoble.fr**

**GESTION TEMPS PERISCOLAIRE :**

**MAIRIE de MACHILLY**

**290 route des Voirons**

**74140 MACHILLY**

**Tel : 06.78.89.99.80**

**Mail: tap@machilly.fr**

# 

# FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

# ANNEE SCOLAIRE 2023/2024

**L’ELEVE :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM et Prénoms de l’élève :** |  | Sexe | F | G |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Né(e) le :** | \_ \_ / \_ \_ / \_\_\_\_ | **À :** |  | **Nationalité :** |  |

Classe fréquentée l’année dernière (2022/2023) : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Dans quelle école (si autre que Machilly) ? : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

#### 

**LES PARENTS OU REPRESENTANTS LEGAUX :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Parent 1 / Représentant légal | **Parent 2 / Représentant légal** |
|  | **NOM DE NAISSANCE :**  **NOM D’USAGE :**  **Prénom :** | **NOM DE NAISSANCE :**  **NOM D’USAGE :**  **Prénom :** |
| **Adresse** (mettre les deux adresses si séparés ou divorcés)**:** |  |  |
| **Tel personnel[[1]](#footnote-1) :** |  |  |
| **Tel portable :** |  |  |
| **Courriel :** | @ | @ |
|  J’autorise la communication de mon adresse mail aux associations de parents d’élèves. | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Profession et adresse employeur :** | **Code Profession : \_\_\_\_** | **Code Profession : \_\_\_\_** |
| **Tel professionnel :** |  |  |

1 Toute modification devra être signalée.

2 Si un des deux parents n’exerce pas l’autorité parentale, joindre impérativement une copie du jugement.

|  |  |
| --- | --- |
| **Situation familiale des parents de l’enfant :** | Mariés Concubinage Célibataire Veuf (Ve) Divorcés Séparés |
| **En cas de divorce, qui exerce l’autorité parentale[[2]](#footnote-2)**(non la garde) **:** Les deux Parent 1 Parent 2  **En cas de divorce, quel est le mode de garde** **:** Résidence habituelle chez parent 1 Résidence habituelle chez parent 2 Résidence alternée  **Joindre le jugement relatif à la garde et la résidence des enfants** | |
|  | |

**FRATRIE :**

| Nom | Prénom | Date de Naissance | Ecole fréquentée |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**STATUT :**

Mangera à la cantine : oui  non  tous les jours  parfois 

Restera à la garderie du matin : oui  non  tous les jours  parfois 

Restera à la garderie du soir : oui  non  tous les jours  parfois 

#### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### DROIT A L’IMAGE :

Nous acceptons que notre enfant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ soit photographié(e)

ou filmé pendant les activités scolaires.

 Oui  Non

Signatures :

**Représentant légal:**

Nom :

Prénom :

Signature :

**Parent 2 :**

Nom :

Prénom :

Signature :

**Parent 1 :**

Nom :

Prénom :

Signature :

FICHE SANITAIRE ET D’URGENCE

NOM et PRENOM de l’ENFANT : …………………………………… Date de naissance : ……………………. F M

VACCIN : Le DT POLIO est obligatoire. Date du DT Polio : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rappels les : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autres vaccins : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En cas d’accident, l’établissement s’efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous rappelant les numéros de téléphone où nous pourrons vous joindre.

**Pensez à communiquer à l’école et au service périscolaire tout changement de numéro en cours d’année.**

Domicile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Portable du parent 1 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Portable du parent 2 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Travail du parent 1 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Travail du parent 2 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom et n° de téléphone d’une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En cas d’urgence, un élève accidenté ou malade est transporté par les services de secours d’urgence vers l’hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l’hôpital qu’accompagné de

sa famille.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l’établissement (allergies, asthme, traitements en cours, précautions particulières à prendre…)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dans ce cas, prendre contact avec la médecine scolaire (pour les enfants de 6 ans et plus) ou de la PMI (pour les enfants de moins de 6 ans), pour étudier la nécessité de mettre en place un PAI (Projet d’accueil individualisé)

**PAI (Projet d’accueil individualisé) existant :**  OUI : Fournir une copie du PAI.

Le protocole d’urgence et la trousse médicale devront être donnés à l’école.

Nom, adresse et N° de téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**L’enfant a t-il déjà eu les maladies suivantes :**

Angine Oreillons Scarlatine Varicelle Coqueluche Rougeole Rubéole Otite

**Port de :**

Lentilles Lunettes Prothèses auditives Prothèses dentaires

Autre, préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par

L’état de santé de mon enfant.

Je m’engage à informer les services de l’enseignement de toute modification importante concernant l’état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d’année.

**Signatures des parents / tuteur :**

Représentant légal

Parent 2

Parent 1

**GESTION TEMPS PERISCOLAIRE :**

**Mairie de MACHILLY**

**290 route des Voirons**

**74 140 MACHILLY**

**Tel : 06.78.89.99.80**

**Mail: tap@machilly.fr**

**GESTION TEMPS SCOLAIRE :**

**ECOLE PRIMAIRE PUBLIQUE**

**Mme MARTIN Véronique / Directrice**

**45 route des Acacias**

**74 140 MACHILLY**

**Tel : 04 50 94 65 55**

**Mail: ce.0740549v@ac-grenoble.fr**



#### 

#### ASSURANCE SCOLAIRE :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la société ou de la mutuelle :** |  |
| **N° de contrat :** |  |
| **L’enfant est-il assuré responsabilité civile ?** |  |
| **L’enfant est-il assuré dommage corporels ?** |  |

#### ASSURANCE MALADIE :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la caisse d’assurance maladie :** |  |
| **Nom et prénom de la personne bénéficiaire :** |  |
| **Numéro de Sécurité Sociale :** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L’enfant porte-t-il des **lunettes** ? | Oui | Non |
| **Si oui**, doit-il les porter en classe uniquement ? | Oui | Non |
| **Si oui**, peut-il les porter en récréation ? | Oui | Non |
| **Si oui**, peut-il les porter en sport ? | Oui | Non |
| Remarques : | | |

#### PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L’ENFANT : en cas d’urgence et aux heures de sortie de

#### maternelle et périscolaire :

NOM : …………………………………………. PRENOM : ……………………….

Lien avec l’enfant : …………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………….

Code Postal : ………. Commune : ………………………………………………………………………………

Tél. domicile : ………………………. Tél. travail : ………………………. Tél. port. : ………………………

NOM : …………………………………………. PRENOM : ……………………….

Lien avec l’enfant : …………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………….

Code Postal : ………. Commune : ………………………………………………………………………………

Tél. domicile : ………………………. Tél. travail : ………………………. Tél. port. : ………………………

NOM : …………………………………………. PRENOM : ……………………….

Lien avec l’enfant : …………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………….

Code Postal : ………. Commune : ……………………………………………………………………………….

Tél. domicile : ………………………. Tél. travail : ………………………. Tél. port. : ……………………….

**Date :**

**Signature des représentants légaux :**

**Merci d’apporter les originaux et de fournir les copies des documents ci-dessous :**

* Pièces d’identité recto verso : Parents et enfant.
* Livret de famille (toutes les pages).
* Carnet de santé (pages vaccins).
* Justificatif de domicile (Facture de moins de trois mois : EDF / Télécom ligne fixe, ou échéancier

Impôt, eau…) année en cours.

**Parents séparés :**

* Joindre le jugement relatif à la garde et la résidence des enfants

**Si PAI (Projet d’accueil individualisé) :**

* Fournir une copie du PAI

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)