



**SCOLARITE :**

Maternelle de Thoiry

Élémentaire de Villiers Le Mahieu

Classe : .....

**ENFANT :**

NOM : ..... Prénom : ..... Fille  Garçon

Date de naissance : ...../...../..... Lieu de Naissance : .....

Adresse : ..... CP : .....

Ville : ..... Tél. Domicile : .....

Mail : ..... Nationalité : .....

N° Sécurité Sociale : .....

N° Assurance Scolaire : .....

**Photo  
d'identité  
obligatoire**

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Nom et Prénom du père : .....

Adresse si différente de l'enfant : .....

Profession : ..... Tél. portable : .....

Employeur : ..... Tél. travail : .....

Matricule CAF (obligatoire)..... Autorité parental : OUI  NON

Nom et Prénom de la mère : .....

Adresse si différente de l'enfant : .....

Profession : ..... Tél. portable : .....

Employeur : ..... Tél. travail : .....

Matricule CAF (obligatoire)..... Autorité parental : OUI  NON

Frères et sœurs :

Nom..... Prénom..... Classe : .....

Nom..... Prénom..... Classe : .....

Nom..... Prénom..... Classe : .....

Nom..... Prénom..... Classe : .....

**AUTORISATION**

En cas d'urgence, un enfant 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. Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital que s'il est accompagné de ses parents (responsable légaux).

Personnes autorisées à récupérer l'enfant à l'école et/ou à être prévenues en cas d'urgence, en l'absence des responsables légaux :

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant (famille, voisins Baby sitter....)
1. ....	.....
2. ....	.....
3. ....	.....
4. ....	.....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

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

Rubéole	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Coqueluche	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Varicelle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Otites	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Asthme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Rougeole	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oreillons	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

**Vaccination :**

VACCINS	Date du dernier Vaccin	Date du prochain vaccin
DTP		
BCG		
ROR		
Autres :.....		

L'enfant porte-t-il des lunettes et/ou des lentilles ?

Oui  Non

**PHOTOS ET VIDEOS**

Dans le cadre des activités scolaires et périscolaires, des séances sont susceptibles d'être filmées ou photographiées. Nous vous demandons de bien vouloir autoriser les éventuelles prises de vues de votre enfant.  
(Aucune utilisation commerciale des photographies ne pourra être exercée)

Je soussigné M..... autorise  n'autorise pas   
l'école et le service périscolaire à effectuer des prises de vues de mon enfant.

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le corps enseignant et les agents d'animation à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Je m'engage à rembourser les éventuels frais médicaux concernant mon enfant.

Je donne mon accord pour la pratique des activités et sorties prévues à l'intérieur ou à l'extérieur des structures de la ville de Villiers-Le-Mahieu.

Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche (adresse, numéro de téléphone...).

Je certifie avoir pris connaissance des différents règlements intérieur et m'engage à les respecter.

A..... le.....

Signatures des parents et/ou tuteur(s) ( précédée de la mention