

**Identité enfant**

Nom ..... Prénom(s) ..... / ..... / ..... Sexe M  F   
 Date et lieu de naissance .. / .. / ..... à ..... Département ..  
 Adresse..... Code postal ..... Commune.....

**Identité responsables légaux**

**Responsable légal 1**

Autorité parentale : Oui Non

Nom de naissance.....  
 Nom d'usage ..... Prénom ..... Date de naissance .. / .. / .....  
 Profession : ..... Catégorie socio- professionnelle (cf. doc ci-joint) : .....  
 Situation familiale : (rayer les mentions inutiles) Célibataire, marié(e), veuf (veuve), divorcé(e), séparé(e), concubin(e), pacsé(e)  
 Adresse (si différente de l'enfant) .....  
 Code postal ..... Commune.....  
 Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....  
 Téléphone travail : ..... Courriel : ..... @ .....

**Responsable légal 2**

Autorité parentale : Oui Non

Nom de naissance.....  
 Nom d'usage ..... Prénom ..... Date de naissance .. / .. / .....  
 Profession : ..... Catégorie socio- professionnelle (cf. doc ci-joint) : .....  
 Situation familiale : (rayer les mentions inutiles) Célibataire, marié(e), veuf (veuve), divorcé(e), séparé(e), concubin(e), pacsé(e)  
 Adresse (si différente de l'enfant) .....  
 Code postal ..... Commune.....  
 Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....  
 Téléphone travail : ..... Courriel : ..... @ .....

**Autre responsable légal (personne physique ou morale)**

Autorité parentale : Oui Non

Organisme : ..... Personne référente: .....  
 Fonction: ..... Lien avec l'enfant : .....  
 Adresse (si différente de l'enfant) .....  
 Code postal ..... Commune.....  
 Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....  
 Téléphone travail : ..... Courriel : ..... @ .....

**Identité et coordonnées des autres personnes autorisées à venir ou à appeler en cas d'urgence**

Nom et Prénom Lien de parenté	Adresse	Téléphones	Appeler en cas d'urgence
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

### Frères et sœurs

Nom, prénom, date de naissance, des frères et sœurs Scolarisé(e) à Pont Péan

Si oui, classe fréquentée

- ..... .. / .. / ..... Oui Non .....
- ..... .. / .. / ..... Oui Non .....
- ..... .. / .. / ..... Oui Non .....

N° d'allocataire C A F d'Ille et vilaine .....

(ou organisme de rattachement MSA, etc....)

### Assurance de l'enfant : Responsabilité civile et individuelle accident (obligatoire)

Nom et adresse de la compagnie d'assurance : .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville : .....

Numéro de police d'assurance : .....

### Autorisation spéciale (cf.note d'information ci-jointe)

#### Distribution de comprimés d'iodure de potassium aux élèves internes et demi-pensionnaires des établissements scolaires d'Ille et Vilaine

Je soussigné (e) M \_\_\_\_\_

Responsable légal de l'enfant : \_\_\_\_\_

Niveau de classe : \_\_\_\_\_

Autorise / n'autorise pas (Rayer la mention inutile)

Le chef d'établissement ou son représentant à donner des comprimés d'iodure de potassium à notre enfant à la suite d'un déclenchement du dispositif « ORSEC-IODE » par le préfet d'Ille et Vilaine.

Cette attestation sera conservée dans le dossier de mon enfant et renouvelée chaque année.

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature :

## Renseignements médicaux

### Vaccins obligatoires:

Vaccins obligatoires	oui	non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole, Oreillons, Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

Groupe sanguin: (si vous le connaissez) . . . . . Poids : . . . . Taille : . . . .

Médecin traitant: . . . . . Téléphone : . . . . .

Hôpital souhaité: . . . . .

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui  Non

Si oui prendre contact avec le directeur d'école et le directeur du périscolaire  
Aucun médicament ne pourra être donné en dehors d'un protocole rédigé avec les directeurs.

### Allergies

Asthme Oui  Non  Alimentaire Oui  Non   
Médicamenteuse Oui  Non  Autres : . . . . .

Pour toutes allergies alimentaires, aucun repas de substitution ne sera fourni par la cuisine centrale sans nous avoir remis un certificat médical ou PAI.

Précisez si nécessaire la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir

.....  
.....

L'enfant a-t-il eu des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) En précisant si nécessaire les dates et les précautions à prendre.

.....  
.....

Recommandations utiles des parents aux directeurs, (l'enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, prothèses dentaires etc ...) précisez.

.....  
.....  
.....

Nous soussignés \_\_\_\_\_ responsables légaux de l'enfant certifions avoir pris connaissance des différents règlements intérieurs (école, restaurant scolaire, périscolaire, accueil de loisirs) de la commune de Pont Péan.

Nous déclarons en outre exacts tous les renseignements portés sur cette fiche.

### **Autorisation de sortie journalière (pour les élémentaires)**

- Nous autorisons notre enfant à sortir seul à 12h (lundi, mardi, jeudi et vendredi midi) Oui  Non
- Nous autorisons notre enfant à sortir seul à 12h15 (mercredi midi) Oui  Non
- Nous autorisons notre enfant à sortir seul à 16h30 Oui  Non

### **Autorisation de sortie exceptionnelle**

- Nous autorisons notre enfant à participer aux sorties et activités qui seront organisées par les différentes équipes pédagogiques Oui  Non
- Nous autorisons notre enfant à prendre un moyen de transport en commun dans le cadre des sorties organisées par les équipes pédagogiques Oui  Non

### **Autorisation CAF**

- J'autorise l'agent municipal de la Mairie de Pont-Péan chargé de la facturation à consulter mon compte C.A.F afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul du quotient familial Oui  Non

### **Autorisation d'utilisation de l'image, de la voix et des travaux d'un élève mineur**

#### • Autorisation de captation :

Dans le cadre des différents travaux nous pouvons être amenés à utiliser l'image, la voix ou les travaux de votre enfant.

Nous autorisons les équipes pédagogiques à :

- Photographier mon enfant Oui  Non
- Faire un enregistrement sonore Oui  Non
- Filmer (image et son) Oui  Non

#### • Autorisation de diffusion :

J'autorise les équipes pédagogiques (scolaire, périscolaire et extrascolaire) à utiliser la photo, l'enregistrement sonore, un film de mon enfant dans un cadre pédagogique et de communication pour les situations suivantes :

- Pour les publications de classe Oui  Non
- Pour le site internet de l'école, de la commune et de l'APE Oui  Non
- Pour une clé USB ou CD-Rom destiné aux parents Oui  Non
- Pour les publications suivantes : bulletin municipal, presse locale Oui  Non
- Pour les stagiaires dans le cadre de leur rapport de stage Oui  Non

### **Santé et situation d'urgence**

J'autorise le directeur (scolaire, périscolaire ou extrascolaire) de la structure à prendre, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant (Dans les cas d'urgences où les responsables légaux ne sont pas joignables). Sans signature de votre part les directeurs seront tenus d'appliquer les dispositions de la loi relative à l'assistance à personnes en danger.

Je m'engage à vous signaler tous changements (coordonnées, situation familiale...) modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Fait à ..... Le .. / .. / .....

Mention «lu et approuvé» :

Signature des responsables légaux :

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (article 34 de la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Pour l'exercer merci de contacter les directions de l'école, du périscolaire ou de l'extrascolaire.