



# Fiche de Renseignements 2024-2025

## ÉCOLES de MAULE

**SCOLARITÉ**

Maternelle Charcot (1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année)
  Maternelle COTY (3<sup>ème</sup> année)

Élémentaire Charcot (CE2, CMI, CM2,)
  Élémentaire COTY (CP, CE1,)

Classe : .....

**ENFANT**

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

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

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

Ville : ..... Tél. domicile : .....

Mail (obligatoire) : .....

N° Sécurité Sociale : .....

N° Assurance scolaire : .....

**Photo Obligatoire**

**Coller**

**Ne pas agraffer**

**RESPONSABLES DE L'ENFANT**

**Nom et prénom du père** : .....

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

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

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

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

**Noms et prénom de la mère** (*nom de jeune fille et nom d'épouse*) : .....

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

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

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

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

**Nom et prénom du tuteur légal** (*s'il y a lieu*) : .....

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

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

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

Matricule CAF (obligatoire) : .....

**Frères et sœurs :**

NOM : ..... Prénom : ..... Classe : .....

NOM : ..... Prénom : ..... Classe : .....

NOM : ..... Prénom : ..... Classe : .....

NOM : ..... Prénom : ..... Classe : .....

**AUTORISATIONS**

**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 sa famille.**

**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 ( <i>famille, voisins, Baby Sitter...</i> )	Téléphone
1.	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

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

## RESTAURATION

L'enfant mange-t-il de la viande de porc ?      Oui       Non

L'enfant mange-t-il de la viande ?      Oui       Non

**Toute allergie ou restriction alimentaire doit être impérativement signalée en mairie au Guichet Unique 01.30.90.49.03 guichetunique@maule.fr. À défaut, aucune inscription en cantine ne sera prise en compte**

**Indiquez ci-dessous, les autres problèmes de santé en précisant les dates :**

*(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, yoyos, fractures, prothèses, etc...)*

## PHOTOS et VIDÉOS

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 prises de vues de votre enfant et l'utilisation éventuelle de celle-ci.

*(Aucune utilisation commerciale des photographies ne pourra être exercée.)*

Je soussigné, M..... autorise  n'autorise pas   
l'École et le service d'accueil à effectuer des prises de vues de mon enfant.

Si vous souhaitez recevoir « La Newsletter de Maule » (si ce n'est pas déjà le cas) et accéder ainsi, à des informations MAULOISES en temps réel, merci de nous communiquer votre adresse mail : .....

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 (traitements 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 Maule.

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 intérieurs et m'engage à les respecter**

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

**Signature des parents et/ou tuteur(s) Précédée de la mention « lu et approuvé »**