

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Veuillez agrafer une photo récente de votre enfant ici

> <u>L'ENFANT</u>	
Nom de l'enfant :	
Prénom de l'enfant :	Sexe : Féminin 🗆 Masculin 🗆
Adresse de l'enfant :	
Date de naissance : / / Lieu	de naissance :
Langue(s) parlée(s) à la maison :	
Age lors de la rentrée de l'enfant :an(s)	mois
LES PARENTS/TUTEURS DE L'ENFANTS (cocher	r la personne à contacter en cas d'urgence).
PERE/TUTEUR □	MERE/TUTRICE □
Nom:	Nom:
Prénom :	Prénom :
Date de naissance : / /	Date de naissance : / /
Adresse:	Adresse:
Tél. Domicile :	Tél. Domicile :
≊Tél. Portable :	≊Tél. Portable :
Profession:	Profession:
Employeur/société :	Employeur/société :
☎ Tél. Travail :	≊Tél. Travail :

^{*} entourer la bonne réponse

	> INSCRIPTIO	ON ET ORIENTATION			
	Toute petite	Petite Section	Moyenne	Grande	СР
	Section	A partir de 2 ans 9 mois à 4 ans	Section	Section	De 6 à 7 ans
	De 2 à 3 ans	illois a 4 alis	De 4 à 5 ans	De 5 à 6 ans	De 6 a 7 ans
Ch	oiv de l'erientation :				
Choix de l'orientation :		Partie réservé	Partie réservée à la Direction		
Ma	nternelle			Recu par :	
☐ Toute Petite Section ☐ Petite Section ☐ Moyenne Section ☐ Grande Section					
			Date de receptio	Date de réception :	
			Date de rentrée :		
			Classe:	Classe:	
Cours Préparatoire			Frais d'inscription	Frais d'inscription :	
□ СР			Taille du tee-shirt :		
Votre enfant commence le :					
> LA FAMILLE					
<u>Frè</u>	es et sœurs				
Nor	n, Prénom et date de	naissance :			
		née le	e/	·	
		née le	: / /	'	
		née le	e / /	······	
		née le	e//	·	
		née le	e / /	'	

Y-a-t-il eu un évènement majeur dans votre famille qui pourrait affecter votre enfant : Oui / Non *

Position dans la fratrie :

Naissance d'un bébé :

Autres:

> AUTRES CONTACTS EN CAS D'URGENCE

Nommez les personnes a contacter en cas d'urgence si les parents restent injolgnables.
1. Nom et prénom :
Adresse:
☎Tél. Domicile :
Lien avec l'enfant :
2. Nom et prénom :
Adresse:
☎Tél. Domicile :
Lien avec l'enfant :
DEPART DE L'ENFANT :
Nommez les personnes en dehors des parents et/ou tuteurs de l'enfant, autorisées à récupérer l'enfant.
1. Nom et prénom :
Adresse:
☎Tél. Domicile :
Lien avec l'enfant :
2. Nom et prénom :
Adresse:
☎Tél. Domicile :
Lien avec l'enfant :
3. Nom et prénom :
Adresse:
☎Tél. Domicile :
Lien avec l'enfant :
4. Nom et prénom :
Adresse:
☎Tél. Domicile :
Lien avec l'enfant :
> INFORMATIONS MEDICALES
Nom du médecin traitant :
Couverture sociale: CAFAT N°
Autres
En cas d'urgence, si nous ne pouvons pas vous contacter, votre enfant devra t-il être conduit :
Hôpital ou clinique de référence :

^{*} entourer la bonne réponse

> HISTORIQUE MEDICAL

Veuillez fournir un certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité datant de moins de 3 mois avant la rentrée de votre enfant. Votre enfant a-t-il déjà attrapé la :
□ Varicelle oui / non *
□ Oreillons oui / non *
□ Rougeole oui / non *
Y-a-t-il d'autres particularités médicales dont nous devons être informées :
Opérations :
Allergies:
Intolérances
7.001001113.
Votre enfant est-il:
□ Epileptique oui / non * □ Diabétique oui / non * □ Asthmatique oui / non *
Instructions du médecin en cas de crise :
□ Mise en place d'un PAI (Projet d'accompagnement individualisé)
Malgré toute l'attention porté à votre enfant au sein de l'établissement, votre enfant ne passera pas au travers de petits 'bobos' survenant au cours de ses journées (bosses, griffures, morsures, foulures). Dans le cas d'accident important ou de maladie nécessitant une intervention médicale d'urgence, tous les efforts seront fait pour contacter les parents/tuteurs avant toute intervention. Quoiqu'il en soit, si vous restez injoignable, il nous faut votre autorisation d'intervention d'urgence :
* entourer la bonne réponse et cocher la bonne case Date et signature (à faire précéder de la mention « lu et approuvé »)

AUTORISATION DE SORTIES PEDAGOGIQUES

Je soussigné(e) □ père □ mèr
de l'enfant :
autorise la participation de mon enfant à des sorties pédagogiques organisées et encadrées par des
adultes responsables.
Date et signature (à faire précéder de la mention « lu et approuvé »)
//
AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE
Je soussigné(e) □ père □ mèr
de l'enfant :
□ autorise mon enfant à apparaître sur des photos individuelles ou de groupe qui seront affichées au sein
du jardin d'enfants, sur le site Internet d'ATOUT BOUT' CHOU 2 et sur l'application (interne à l'école).
□ n'autorise pas mon enfant à apparaître sur des photos individuelles ou de groupe qui seront affichées a
sein du jardin d'enfants, sur le site Internet d'ATOUT BOUT' CHOU et sur l'application
Date et signature (à faire précéder de la montien « le et appreuné »)
Date et signature (à faire précéder de la mention « lu et approuvé »)
La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 « informatique et libertés » art.34, vous permet de disposer d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données vous concernant. Les informations collectées dans les formulaires suivants ne seront ni cédées, ni utilisées pour le compte de tie à des fins de prospection.
AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE
Je soussigné(e) □ père □ mèr
de l'enfant :
□ autorise mon enfant à apparaître sur des photos individuelles ou de groupe, des vidéos qui pourraient
être diffusées sur les réseaux sociaux.
autorise mon enfant à apparaître sur des photos individuelles ou de groupe, des vidéos qui pourraient
être diffusées sur les réseaux sociaux avec le visage caché ou flouté.
□ n'autorise pas mon enfant à apparaître sur des photos individuelles ou de groupe, des vidéos qui
pourraient être diffusées sur les réseaux sociaux.
Date et signature (à faire précéder de la mention « lu et approuvé »)
//